

University of Groningen

START-ing Risk Assessment and Shared Care Planning in Out-patient Forensic Psychiatry

Troquete, Nadine

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2014

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Troquete, N. (2014). *START-ing Risk Assessment and Shared Care Planning in Out-patient Forensic Psychiatry: Results from a cluster randomized controlled trial*. [Thesis fully internal (DIV), University of Groningen]. [S.n.].

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.



REFERENCES

- Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., Halfens, R., Haug, H.-J., & Fischer, J. E. (2008). Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 193(1), 44-50.
- Adams, J. R., & Drake, R. E. (2006). Shared Decision-Making and Evidence-Based Practice. *Community Mental Health Journal*, 42(1), 87-105.
- Almvik, R., Woods, P., & Rasmussen, K. (2000). The Broset violence checklist - Sensitivity, specificity, and interrater reliability. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(12), 1284-1296.
- Altman, D. G. (2001). *Practical statistics for medical research*: Chapman and Hall.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andrews, D. A. (2011). The impact of nonprogrammatic factors on criminal-justice interventions. *Legal & Criminological Psychology*, 16(1), 1-23.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (1998). *The Psychology of Criminal Conduct* (1 ed.). Cincinnati, OH: Anderson Publishing Co.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The Psychology of Criminal Conduct* (5 ed.). Cincinnati, OH: Anderson Publishing Co.
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Hoge, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 19-52.
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Wormith, J. S. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) model: Does Adding the Good Lives Model Contribute to Effective Crime Prevention? *Criminal Justice and Behavior*, 38(7), 735-755.
- Andrews, D. A., & Dowden, C. (2005). Managing correctional treatment for reduced recidivism: A meta-analytic review of programme integrity. *Legal & Criminological Psychology*, 10(2), 173-187.
- Andrews, D. A., & Dowden, C. (2007). The Risk-Need-Responsivity Model of Assessment and Human Service in Prevention and Corrections: Crime-Prevention Jurisprudence. *Canadian Journal of Criminology & Criminal Justice*, 49(4), 439-464.
- Andrews, D. A., & Dowden, C. (2009). Keeping a Respectful Eye on Crime Prevention: A Response to Birgden. *Canadian Journal of Criminology & Criminal Justice*, 51, 119-122.

- Arbach-Lucioni, K., Andrés-Pueyo, A., Pomarol-Clotet, E., & Gomar-Soñes, J. (2011). Predicting violence in psychiatric inpatients: a prospective study with the HCR-20 violence risk assessment scheme. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22(2), 203-222.
- Attkisson, C. C., & Zwick, R. (1982). The client satisfaction questionnaire: Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and Program Planning*, 5(3), 233-237.
- Barnett, G., & Wood, J. L. (2008). Agency, Relatedness, Inner Peace, and Problem Solving in Sexual Offending: How Sexual Offenders Prioritize and Operationalize Their Good Lives Conceptions. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 20(4), 444-465.
- Barratt, E. S. (1959). Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. *Perceptual and Motor Skills*, 9(3), 191-198.
- de Beurs, E., & Zitman, F. G. (2006). De Brief Symptom Inventory (BSI) de betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de SCL-90 [The Brief Symptom Inventory (BSI) the reliability and validity of a handy alternative for the SCL-90]. *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 61, 120-141.
- Birgden, A. (2009). Crime-Prevention Jurisprudence? A Response to Andrews and Dowden. *Canadian Journal of Criminology & Criminal Justice*, 51(1), 93-117.
- Bjorkly, S., Hartvig, P., Heggen, F. A., Brauer, H., & Moger, T. A. (2009). Development of a brief screen for violence risk (V-RISK-10) in acute and general psychiatry: An introduction with emphasis on findings from a naturalistic test of interrater reliability. *European Psychiatry*, 24(6), 388-394.
- Björkman, T., & Svensson, B. (2005). Quality of life in people with severe mental illness. Reliability and validity of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 302-306.
- Bjørngaard, J. H., Ruud, T., & Friis, S. (2007). The impact of mental illness on patient satisfaction with the therapeutic relationship. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(10), 803-809.
- Borschmann, R., Barrett, B., Hellier, J. M., Byford, S., Henderson, C., Rose, D., . . . Moran, P. (2013). Joint crisis plans for people with borderline personality disorder: feasibility and outcomes in a randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*.

- Borum, R., Bartel, P., & Forth, A. (2003). *Manual for the Structured Assessment of Violence in Youth (SAVRY), Version 1.1*. Tampa, FL: University of South Florida.
- Bouman, G., Riphagen, B., Jongebreur, W., & Veeke, R. (2012). Het forensische zorgstelsel [The forensic care system]. Den Haag, The Netherlands: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg [Council for Public Health and Care].
- Bouman, Y. H. A., van Nieuwenhuizen, C., Schene, A. H., & de Ruiter, C. (2008). Quality of life of male outpatients with personality disorders or psychotic disorders: a comparison. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 18(5), 279-291.
- Bouman, Y. H. A., de Ruiter, C., & Schene, A. H. (2009). Recent life events and subjective well-being of personality disordered forensic outpatients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(6), 348-354.
- Bouman, Y. H. A., de Ruiter, C., & Schene, A. H. (2010). Social ties and short-term self-reported delinquent behaviour of personality disordered forensic outpatients. *Legal and Criminological Psychology*, 15(2), 357-372.
- Bouman, Y. H. A., Schene, A. H., & de Ruiter, C. (2009). Subjective Well-Being and Recidivism in Forensic Psychiatric Outpatients. *International Journal of Forensic Mental Health*, 8(4), 225-234.
- Braithwaite, E., Charette, Y., Crocker, A. G., & Reyes, A. (2010). The Predictive Validity of Clinical Ratings of the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START). *International Journal of Forensic Mental Health*, 9(4), 271 - 281.
- van den Brink, R. H. S., Hooijschuur, A., van Os, T. W. D. P., Savenije, W., & Wiersma, D. (2010). Routine violence risk assessment in community forensic mental healthcare. *Behavioral Sciences & the Law*, 28, 396-410.
- van den Brink, R. H. S., Troquete, N. A. C., Beintema, H., Mulder, T., van Os, T. W. D. P., Schoevers, R. A., & Wiersma, D. (submitted). Risk Assessment by Client and Case Manager for Shared Decision Making in Outpatient Forensic Psychiatry.
- de Bruijn, C. W. A. (2010). *Model fidelity and shared decision making in the intervention of the Risk Assessment and Care Evaluation Study*. (Unpublished Mastersthesis), University of Groningen, Groningen, The Netherlands.

- Bruinsma, C. (2009). Forensische psychiatrie in Australië In T. I. Oei & M. S. Groenhuijsen (Eds.), *Forensische psychiatrie en haar grensgebieden: actualiteit, geschiedenis en toekomst* (pp. 219-236). Alphen aan den Rijn, the Netherlands: Kluwer.
- Burns, T. (2010). The rise and fall of assertive community treatment? *International Review of Psychiatry* 22(2), 130-137.
- Burns, T., Catty, J., Watt, H., Wright, C., Knapp, M., & Henderson, J. (2002). International differences in home treatment for mental health problems - Results of a systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 375-382.
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 452-459.
- Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A. L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D., & Tyrer, P. (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *British Medical Journal Clinical research edition*, 321(7262), 694-696.
- Campbell, M. A., French, S., & Gendreau, P. (2009). The Prediction of Violence in Adult Offenders: A Meta-Analytic Comparison of Instruments and Methods of Assessment. *Criminal Justice and Behavior*, 36(6), 567-590.
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social science and medicine*, 44(5), 681-692.
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1999). Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science and Medicine*, 49(5), 651-661.
- Charles, C., Whelan, T., & Gafni, A. (1999). What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *British Medical Journal* 319(7212), 780-782.
- Chu, C. M., Daffern, M., & Ogloff, J. R. (2013). Predicting aggression in acute inpatient psychiatric setting using BVC, DASA, and HCR-20 Clinical scale. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 24(2), 269-285.
- Chu, C. M., Thomas, S. D. M., Ogloff, J. R., & Daffern, M. (2011a). The Predictive Validity of the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) in a Secure Forensic Hospital: Risk Factors and Strengths. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10(4), 337-345.

- Chu, C. M., Thomas, S. D. M., Ogloff, J. R., & Daffern, M. (2011b). The Short-to Medium-Term Predictive Accuracy of Static and Dynamic Risk Assessment Measures in a Secure Forensic Hospital. *Assessment*.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Coid, J. W., Yang, M., Ullrich, S., Zhang, T., Sizmur, S., Farrington, D., & Rogers, R. (2011). Most items in structured risk assessment instruments do not predict violence. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*.
- Cooper, B. S., Griesel, D., & Yuille, J. C. (2007). Clinical-forensic risk assessment: The past and current state of affairs. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 7(4), 1-63.
- Covell, C. N., & Wheeler, J. G. (2011). Application of the Responsivity Principle to Treatment of Sexual Offense Behavior. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 11(1), 61-72.
- Craig, L. A., Browne, K. D., Stringer, I., & Beech, A. (2005). Sexual recidivism: A review of static, dynamic and actuarial predictors. *Journal of Sexual Aggression*, 11(1), 65-84.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory - An introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595-605.
- Desmarais, S. L., van Dorn, R. A., Telford, R. P., Petrila, J., & Coffey, T. (2012). Characteristics of START Assessments Completed in Mental Health Jail Diversion Programs. *Behavioral Sciences & the Law*, 30(4), 448-469.
- Desmarais, S. L., Nicholls, T. L., Wilson, C. M., & Brink, J. (2012). Using dynamic risk and protective factors to predict inpatient aggression: Reliability and validity of START assessments. *Psychological Assessment*, 24(3), 685-700.
- Dickens, G., Sugarman, P., & Walker, L. (2007). HoNOS-secure: A reliable outcome measure for users of secure and forensic mental health services. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 18(4), 507-514.
- Diener, E., & Suh, E. (1997). Measuring Quality of Life: Economic, Social, and Subjective Indicators. *Social Indicators Research*, 40(1/2), 189-216.
- Douglas, K. S., Blanchard, A. J. E., Guy, L. S., Reeves, K. A., & Weir, J. (2010). HCR-20 violence risk assessment scheme: overview and annotated bibliography. Retrieved from <http://kdouglas.wordpress.com/>

- Douglas, K. S., & Kropp, P. R. (2002). A Prevention-Based Paradigm for Violence Risk Assessment: Clinical and Research Applications. *Criminal Justice and Behavior*, 29(5), 617-658.
- Douglas, K. S., & Skeem, J. L. (2005). Violence risk assessment - Getting specific about being dynamic. *Psychology Public Policy and Law*, 11(3), 347-383.
- Dowden, C., & Andrews, D. A. (2000). Effective correctional treatment and violent reoffending: A meta-analysis. *Canadian Journal of Criminology*, 42(4), 449-468.
- Doyle, M., Carter, S., Shaw, J., & Dolan, M. (2012). Predicting community violence from patients discharged from acute mental health units in England. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(4), 627-637.
- Doyle, M., & Dolan, M. (2002). Violence risk assessment: combining actuarial and clinical information to structure clinical judgements for the formulation and management of risk. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(6), 649-657.
- Drake, R. E., Cimpean, D., & Torrey, W. C. (2009). Shared decision making in mental health: prospects for personalized medicine. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(4), 455-463.
- Drieschner, K. H., & Boomsma, A. (2008). The Treatment Motivation Scales for Forensic Outpatient Treatment (TMS-F). *Assessment*, 15(2), 224-241.
- Drieschner, K. H., & Verschuur, J. (2010). Treatment engagement as a predictor of premature treatment termination and treatment outcome in a correctional outpatient sample. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 20(2), 86-99.
- Dvoskin, J., & Heilbrun, K. (2001). Risk assessment and release decision-making: toward resolving the great debate. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 29(1), 6-10.
- Elbogen, E., Mustillo, S., van Dorn, R., Swanson, J., & Swartz, M. (2007). The Impact of Perceived Need for Treatment on Risk of Arrest and Violence Among People With Severe Mental Illness. *Criminal Justice and Behavior*, 34(2), 197-210.
- Falzer, P. R. (2013). Valuing Structured Professional Judgment: Predictive Validity, Decision-making, and the Clinical-Actuarial Conflict. *Behavioral Sciences and the Law*, 31(1), 40-54.

- Fenton, W. S. (2003). Shared decision making: a model for the physician-patient relationship in the 21st century? *Acta psychiatrica Scandinavica*, 107(6), 401-402.
- Forsner, T., Hansson, J., Brommels, M., Wistedt, A. A., & Forsell, Y. (2010). Implementing clinical guidelines in psychiatry: a qualitative study of perceived facilitators and barriers. *BMC Psychiatry*, 10.
- Fortune, C.-A., Ward, T., & Willis, G. M. (2012). The Rehabilitation of Offenders: Reducing Risk and Promoting Better Lives. *Psychiatry, Psychology & Law*, 19(5), 646-661.
- Gagliardi, G. J., Lovell, D., Peterson, P. D., & Jemelka, R. (2004). Forecasting recidivism in mentally ill offenders released from prison. *Law and Human Behavior*, 28(2), 133-155.
- GGZ Drenthe. (2004). Zorgprogrammering Divisie Forensische Psychiatrie GGZ Drenthe [Careprogramming in the Division Forensic Psychiatry of the Mental Healthcare Institute Drenthe]. In G. Drenthe (Ed.). Assen, The Netherlands: GGZ Drenthe.
- GGZ Nederland. (2013). Feiten en Cijfers. (2013-389). Retrieved 12-08-2013 <http://www.ggz nederland.nl/de-ggz-sector/feiten-en-cijfers.html>
- Gray, N. S., Benson, R., Craig, R., Davies, H., Fitzgerald, S., Huckle, P., . . . Snowden, R. J. (2011). The Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): A Prospective Study of Inpatient Behavior. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10(4), 305-313.
- Hamann, J., Leucht, S., & Kissling, W. (2003). Shared decision making in psychiatry. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 107(6), 403-409.
- Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). The Principles of Effective Correctional Treatment Also Apply To Sexual Offenders: A Meta-Analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 36(9), 865-891.
- Hanson, R. K., & Bussière, M. T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 348-362.
- Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. E. (2009). The Accuracy of Recidivism Risk Assessments for Sexual Offenders: A Meta-Analysis of 118 Prediction Studies. *Psychological Assessment*, 21(1), 1-21.
- Harris, G. T., & Rice, M. E. (2007). Characterizing the Value of Actuarial Violence Risk Assessments. *Criminal Justice and Behavior*, 34(12), 1638-1658.

- Harris, G. T., Rice, M. E., & Cormier, C. A. (2002). Prospective replication of the Violence Risk Appraisal Guide in predicting violent recidivism among forensic patients. *Law and human behavior*, 26(4), 377-394.
- Harris, G. T., Rice, M. E., & Quinsey, V. L. (1993). Violent recidivism of mentally disorderd offenders - the development of a statistical prediction instrument. *Criminal Justice and Behavior*, 20(4), 315-335.
- Harrison, G., Amin, S., Singh, S. P., Croudace, T., & Jones, P. (1999). Outcome of psychosis in people of African-Caribbean family origin. Population-based first-episode study. *British Journal of Psychiatry*, 175(1), 43-49.
- van Harte, J. (Producer). (2012). Factsheets 1, 2 en 3: Geweld tegen hulpverleners in intramurale instellingen. Retrieved from www.geweldindepsychiatrie.nl
- Hastings, M. E., Krishnan, S., Tangney, J. P., & Stuewig, J. (2011). Predictive and Incremental Validity of the Violence Risk Appraisal Guide Scores With Male and Female Jail Inmates. *Psychological Assessment*, 23(1), 174-183.
- Heilbrun, K. (1997). Prediction versus management models relevant to risk assessment: The importance of legal decision-making context. *Law and Human Behavior*, 21(4), 347-359.
- Hornsveld, R. H. J., Muris, P., Kraaimaat, F. W., & Meesters, C. (2009). Psychometric Properties of the Aggression Questionnaire in Dutch Violent Forensic Psychiatric Patients and Secondary Vocational Students. *Assessment*, 16(2), 181-192.
- van der Horst, R. P., Schönberger, H. J. M., & de Kogel, C. H. (2012). *Toezicht op zedendelinquenten - Effectiviteit en veronderstelde werkzame mechanismen van vormen van toezicht [Supervision of sex offenders - Effectiveness and supposed effective mechanisms of types of supervision]*. (Memorandum 2012-5). The Hague, The Netherlands: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC).
- Hosmer, D. W., & Lemeshow, S. (2000). *Applied logistic regression* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Institute of Medicine Committee. (2006). *Improving the Quality of Health Care for Mental and Substance-Use Conditions: Quality Chasm Series*. Washington DC: National Academy of Sciences.
- Jones, S. H., Thornicroft, G., Coffey, M., & Dunn, G. (1995). A brief mental health outcome scale-reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *The British Journal of Psychiatry*, 166(5), 654-659.

- Joosten, E. A. G., DeFuentes-Merillas, L., de Weert, G. H., Sensky, T., van der Staak, C. P. F., & de Jong, C. A. J. (2008). Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(4), 219-226.
- Joosten, E. A. G., de Jong, C. A. J., de Weert-van Oene, G. H., Sensky, T., & van der Staak, C. P. F. (2009). Shared Decision-Making Reduces Drug Use and Psychiatric Severity in Substance-Dependent Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(4), 245-253.
- Kling, R. N., Yassi, A., Smailes, E., Lovato, C. Y., & Koehoorn, M. (2011). Evaluation of a violence risk assessment system (the Alert System) for reducing violence in an acute hospital: A before and after study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(5), 534-539.
- Kroner, D. G., & Loza, W. (2001). Evidence for the Efficacy of Self-Report in Predicting Nonviolent and Violent Criminal Recidivism. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(2), 168-177.
- Kropp, P. R., & Hart, S. D. (2000). The Spousal Assault Risk Assessment (SARA) guide: Reliability and validity in adult male offenders. *Law and Human Behavior*, 24(1), 101-118.
- 't Lam, K., Lancel, M., & Hildebrand, M. (2009). *Handleiding bij de Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): Richtlijnen bij het beoordelen van korte termijn risico's en behandelmogelijkheden. [Manual for the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): Guidelines for assessment of short-term risks and treatment opportunities (Dutch translation)]*. Assen, The Netherlands: GGZ Drenthe.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*, 33(1), 159-174.
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A., & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2(3), 197-207.
- Laugharne, R., Priebe, S., McCabe, R., Garland, N., & Clifford, D. (2012). Trust, choice and power in mental health care: Experiences of patients with psychosis. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(5), 496-504.
- Légaré, F., Ratté, S., Gravel, K., & Graham, I. D. (2008). Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: Update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Education and Counseling*, 73, 526-535.

- Legare, F., Turcotte, S., Stacey, D., Ratte, S., Kryworuchko, J., & Graham, I. D. (2012). Patients' perceptions of sharing in decisions: a systematic review of interventions to enhance shared decision making in routine clinical practice. *Patient*, 5(1), 1-19.
- Lewis, G., & Doyle, M. (2009). Risk Formulation: What are We Doing and Why? *International Journal of Forensic Mental Health*, 8(4), 286 - 292.
- Lindsay, W. R., Ward, T., Morgan, T., & Wilson, I. (2007). Self-regulation of sex offending, future pathways and the Good Lives Model: Applications and problems. *Journal of Sexual Aggression*, 13(1), 37-50.
- Lipsey, M. W., & Cullen, F. T. (2007). The Effectiveness of Correctional Rehabilitation: A Review of Systematic Reviews. *Annual Review of Law and Social Science*, 3(1), 297-320.
- Lösel, F., & Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 1(1), 117-146.
- Marshall, M., & Bibby, J. (2011). Supporting patients to make the best decisions. *British Medical Journal*, 342.
- McGowan, M. R., Horn, R. A., & Mellott, R. N. (2011). The Predictive Validity of the Structured Assessment of Violence Risk in Youth in Secondary Educational Settings. *Psychological Assessment*, 23(2), 478-486.
- McNiel, D. E., Gregory, A. L., Lam, J. N., Binder, R. L., & Sullivan, G. R. (2003). Utility of decision support tools for assessing acute risk of violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 945-953.
- Mezzich, J. E. (2007). The dialogal basis of our profession: Psychiatry with the Person. *World Psychiatry*, 6(3), 129-130.
- Miller, C. S., Kimonis, E. R., Otto, R. K., Kline, S. M., & Wasserman, A. L. (2012). Reliability of Risk Assessment Measures Used in Sexually Violent Predator Proceedings. *Psychological Assessment*, 24(4), 944-953.
- Mills, J. F., & Kroner, D. G. (2006). Impression management and self-report among violent offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(2), 178-192.
- Mills, J. F., Loza, W., & Kroner, D. G. (2003). Predictive validity despite social desirability: evidence for the robustness of self-report among offenders. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 13(2), 140-150.
- Ministerie van Veiligheid en Justitie, & Dienst Justitiële Inrichtingen. (2012a). Forensische zorg in getal 2007-2011.

- Ministerie van Veiligheid en Justitie, & Dienst Justitiële Inrichtingen. (2012b). *Gevangeniswezen in getal 2007-2011*.
- Ministerie van Veiligheid en Justitie [Ministry of Security and Justice]. (2013). *Meerjarenovereenkomst Forensische zorg [Multiple year agreement Forensic Care]*. Ministerie van Veiligheid en Justitie [Ministry of Security and Justice].
- Moerbeek, M., van Breukelen, G. J. P., & Berger, M. P. F. (2001a). Optimal Experimental Designs for Multilevel Logistic Models. *Journal of the Royal Statistical Society. Series D (The Statistician)*, 50(1), 17-30.
- Moerbeek, M., van Breukelen, G. J. P., & Berger, M. P. F. (2001b). Optimal experimental designs for multilevel models with covariates. *Communications in Statistics - Theory and Methods*, 30(12), 2683 - 2697.
- Mohan, R., & Fahy, T. (2006). Is there a need for community forensic mental health services? *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 17(3), 365-371.
- Mohan, R., Slade, M., & Fahy, T. A. (2004). Clinical characteristics of community forensic mental health services. *Psychiatric services Washington, D C*, 55(11), 1294-1298.
- Monahan, J. (1981). *Predicting violent behavior - an assessment of clinical techniques*. Washington DC: Sage Publications Inc.
- Monahan, J., Steadman, H., Silver, E., Appelbaum, P., Robbins, P., Mulvey, E., & et al. (2001). *Rethinking risk assessment: the MacArthur Study of Mental Disorder and Violence*. New York: Oxford University Press.
- Mossman, D. (1994). Assessing predictions of violence: being accurate about accuracy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(4), 783-792.
- Mudde, N., Nijman, H., van der Hulst, W., & van den Bout, J. (2011). Het voorspellen van agressie tijdens de behandeling van forensisch psychiatrische patiënten aan de hand van de HCR-20 [Predicting aggression during the treatment of forensic psychiatric patients by means of the HCR-20]. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 53(10), 705-713.
- Mulder, C. L., Staring, A. B. P., Loos, J., Buwalda, V. J. A., Kuijpers, D., Sytema, S., & Wierdsma, A. I. (2004). De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) als instrument voor 'routine outcome assessment' [The Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) as instrument for 'routine outcome assessment']. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46(5), 273-284.

- Nagtegaal, M. H. (2010). *Risicotaxatie- en risicomangementmethoden - Een inventarisatie in de forensische psychiatrische centra in Nederland*. (Fact sheet 2010-7). Wetenschappelijk Onderzoeks en Documentatiecentrum (WODC).
- Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) [Netherlands Institute of Forensic Psychiatry and Psychology]. (2011). *Gedragdeskundige analyses geeft duidelijkheid over geestegesteldheid Tristan van der V.*
- Neijmeijer, L., Place, C., Rijkaart, A. M., & Kroon, H. (2012). Behandelgeschiedenis en justitieverleden van forensische en GGZ-patiënten [Treatment history and legal past of forensic and mental health care patients] (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg [Council for Public Health and Care], Trans.). The Hague, The Netherlands: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg [Council for Public Health and Care].
- Neijmeijer, L., Rijkaart, A. M., & Kroon, H. (2012). In profiel: De doelgroepen van GGZ en Justitie [Profile: Target group of Mental Health care and Justice department] (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg [Council for Public Health and Care], Trans.). The Hague, The Netherlands: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg [Council for Public Health and Care].
- Nicholls, T. L., Brink, J., Desmarais, S. L., Webster, C. D., & Martin, M. (2006). The Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): A Prospective Validation Study in a Forensic Psychiatric Sample. *Assessment*, 13(3), 313-327.
- Nicholls, T. L., Brink, J., Desmarais, S. L., Webster, C. D., & Martin, M. L. (2007). The Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): A prospective validation study in a forensic psychiatric sample. In H. Bloom & C. D. Webster (Eds.), *Essential writing in violence risk assessment and management*. Toronto: Centre for Addictions and Mental Health.
- Nicholls, T. L., Petersen, K. L., Brink, J., & Webster, C. D. (2011). A Clinical and Risk Profile of Forensic Psychiatric Patients: Treatment Team STARTs in a Canadian Service. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10(3), 187-199.
- van Nieuwenhuizen, C., Bogaerts, S., de Ruijter, E. A. W., Bongers, I. L., Coppens, M., & Meijers, R. A. A. C. (2011). *TBS-behandeling geprofileerd - een gestructureerde casusanalyse [TBS-treatment in profile - structured case analysis]*. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC).

- Nonstad, K., Nasset, M. B., Kroppan, E., Pedersen, T. W., Nøttestad, J. A., Almvik, R., & Palmstierna, T. (2010). Predictive Validity and Other Psychometric Properties of the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) in a Norwegian High Secure Hospital. *International Journal of Forensic Mental Health*, 9(4), 294 - 299.
- Nonstad, K., & Webster, C. D. (2011). How to Fail in the Implementation of a Risk Assessment Scheme or Any Other New Procedure in Your Organization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(1), 94-99.
- O'Shea, L. E., Mitchell, A. E., Picchioni, M. M., & Dickens, G. L. (2013). Moderators of the predictive efficacy of the Historical, Clinical and Risk Management-20 for aggression in psychiatric facilities: Systematic review and meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 18(2), 255-270.
- Ogloff, J. R., & Daffern, M. (2006). The dynamic appraisal of situational aggression: an instrument to assess risk for imminent aggression in psychiatric inpatients. *Behavioral Sciences and the Law*, 24(6), 799-813.
- Ogloff, J. R., & Davis, M. R. (2004). Advances in offender assessment and rehabilitation: contributions of the Risk-Needs-Responsivity approach. *Psychology, Crime & Law*, 10(3), 229-242.
- Otto, R. K., & Douglas, K. S. (2010). *Handbook of Violence Risk Assessment*. New York: Routledge.
- Parks, J. J. (2007). Implementing practice guidelines: Lessons from public mental health settings. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 45-48.
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768-774.
- Philipse, M. W. G., Koeter, M. W., van den Brink, W., & van der Staak, C. P. (2004). The structural coherence of clinically derived dynamic indicators of reoffending risk. *Criminal behaviour and mental health CBMH*, 14(4), 263-279.
- Philipse, M. W. G., Koeter, M. W. J., van der Staak, C. R., & van den Brink, W. (2005). Reliability and discriminant validity of dynamic reoffending risk indicators in forensic clinical practice. *Criminal Justice and Behavior*, 32(6), 643-664.
- Polaschek, D. L. L. (2012). An appraisal of the risk-need-responsivity (RNR) model of offender rehabilitation and its application in correctional treatment. *Legal & Criminological Psychology*, 17(1), 1-17.

- Pomp, E. (2009). Het Good Lives Model. Een literatuurstudie [The Good Lives Model: a literature review] *EFP Nieuwsbrief [EFP Newsletter]* (Vol. 6; 3, pp. 10): Expertisecentrum Forensische Psychiatrie [Expertcentre for Forensic Psychiatry].
- Posey, C. D., & Hess, A. K. (1984). The fakability of subtle and obvious measures of aggression by male prisoners. *Journal of Personality Assessment*, 48(2), 137-144.
- Priebe, S., Frottier, P., Gaddini, A., Kilian, R., Lauber, C., Martínez-Leal, R., . . . Wright, D. (2008). Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006. *Psychiatric Services*, 59(5), 570-573.
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., & Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry*, 45(1), 7-12.
- Priebe, S., McCabe, R., Bullenkamp, J., Hansson, L., Lauber, C., Martinez-Leal, R., . . . Wright, D. J. (2007). Structured patient-clinician communication and 1-year outcome in community mental health-care: cluster randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 191, 420-426.
- Puschner, B., Steffen, S., Slade, M., Kaliniecka, H., Maj, M., Fiorillo, A., . . . Becker, T. (2010). Clinical decision making and outcome in routine care for people with severe mental illness (CEDAR): study protocol. *BMC Psychiatry*, 10, 90.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg [Council for Public Health and Care]. (2012). Stoornis en Delict. Forensische en verplichte geestelijk gezondheidszorg vormen een keten [Offending and mental illness. Forensic and compulsory mental healthcare form a chain] (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg [Council for Public Health and Care], Trans.). Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg [The Council for Public Health and Health Care].
- Rasbash, J., Browne, W., Healy, M., Cameron, B., & Charlton, C. (2011). MLwiN Version 2.23.: Centre for Multilevel Modeling, University of Bristol.
- Rice, M., & Harris, G. (2005). Comparing Effect Sizes in Follow-Up Studies: ROC Area, Cohen's d, and r. *Law and Human Behavior*, 29(5), 615-620.
- Robertson, P., Barnao, M., & Ward, T. (2011). Rehabilitation frameworks in forensic mental health. *Aggression & Violent Behavior*, 16(6), 472-484.
- de Ruiter, C., & Nicholls, T. L. (2011). Protective Factors in Forensic Mental Health: A New Frontier. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10(3), 160-170.

- Salize, H. J., & Dressing, H. (2004). Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *British Journal of Psychiatry*, 184, 163-168.
- Salize, H. J., & Dressing, H. (2005). Coercion, involuntary treatment and quality of mental health care: is there any link? *Curr Opin Psychiatry*, 18(5), 576-584.
- Salize, H. J., Dressing, H., & Peitz, M. (2002). Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients - Legislation and practice in EU-member states. Mannheim, Germany: Central Institute of Mental Health.
- Salvi, G., Leese, M., & Slade, M. (2005). Routine use of mental health outcome assessments: choosing the measure. *The British Journal of Psychiatry*, 186, 146-152.
- Salzburg Global Seminar. (2011). Salzburg statement on shared decision making. *British Medical Journal* 342.
- van de Sande, R., Nijman, H. L. I., Noorthoorn, E. O., Wierdsma, A. I., Hellendoorn, E., van der Staak, C., & Mulder, C. L. (2011). Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 473-478.
- Scholten, C. M. (2012). Mogelijke gevolgen Wfz en WVGZ voor de reguliere GGZ [Possible consequences of Forensic Care Act and the Mandatory Mental Healthcare Act for regular mental health care]. Amsterdam: Indigo Beleidsonderzoek en Advies.
- Secretary of State for Health. (2010). *Equity and excellence: Liberating the NHS*. the UK: The Stationery Office Limited Retrieved from <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://dh.gov.uk/health/2011/07/liberating-the-nhs/>.
- Simons, D., McCullar, B., & Tyler, C. (2008). *Evaluation of the good lives model approach to treatment planning*. Paper presented at the 27th annual research and treatment conference of the Association for the Treatment of Sexual Abusers, Atlanta, GA.
- Singh, J. P., Grann, M., & Fazel, S. (2011). A comparative study of violence risk assessment tools: A systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25,980 participants. [Review]. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 499-513.
- Singh, J. P., & Petrila, J. (2013). Measuring and Interpreting the Predictive Validity of Violence Risk Assessments: An Overview of the Special Issue. *Behavioral Sciences and the Law*, 31(1), 1-7.

- Skeem, J. L., Louden, J. E., Polaschek, D., & Camp, J. (2007). Assessing relationship quality in mandated community treatment: blending care with control. *Psychological Assessment*, 19(4), 397-410.
- Skeem, J. L., Manchak, S. M., Lidz, C. W., & Mulvey, E. P. (2013). The Utility of Patients' Self-Perceptions of Violence Risk: Consider Asking the Person Who May Know Best. *Psychiatric Services*.
- Slade, M., Leese, M., Ruggeri, M., Kuipers, E., Tansella, M., & Thornicroft, G. (2004). Does meeting needs improve quality of life? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(3), 183-189.
- Snijders, T. A. B., & Bosker, R. J. (1999). *Multilevel analysis. An introduction to basic and advanced multilevel modeling* (1 ed.). London: Sage Publications.
- SPSS. (2012). PASW Statistics (Version 20.0.01). Chicago: SPSS Inc.
- Stanford, M. S., Mathias, C. W., Dougherty, D. M., Lake, S. L., Anderson, N. E., & Patton, J. H. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and Individual Differences*, 47(5), 385-395.
- Szmukler, G., & Rose, N. (2013). Risk Assessment in Mental Health Care: Values and Costs. *Behavioral Sciences and the Law*, 31(1), 125-140.
- Tan, L., & Grace, R. C. (2008). Social Desirability and Sexual Offenders: A Review. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 20(1), 61-87.
- Telles, L. E., Folino, J. O., & Taborda, J. G. (2012). Accuracy of the Historical, Clinical and Risk Management Scales (HCR-20) in predicting violence and other offenses in forensic psychiatric patients in Brazil. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35(5-6), 427-431.
- Troquete, N. A. C., van den Brink, R. H. S., Beintema, H., Mulder, T., van Os, T. W. D. P., Schoevers, R. A., & Wiersma, D. (2013). Risk assessment and shared care planning in out-patient forensic psychiatry: cluster randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 202(5), 365-371.
- Troquete, N. A. C., & van Os, T. W. D. P. (in press). Risk assessment with the START of a personality disordered client treated in out-patient forensic psychiatry. In T. Nicholls & C. Webster (Eds.), *Case vignettes using the Short Term Assessment of Risk and Treatability*. Port Coquitlam, Canada.

- Troquete, N. A. C., Van den Brink, R. H. S., Beintema, H., Mulder, T., Van Os, T. W. D. P., Schoevers, R. A., & Wiersma, D. (in press). Predictive Validity of the Short Term Assessment of Risk and Treatability for Violent Behaviour in Out-patient Forensic Psychiatric Patients. *Psychological Assessment*.
- Troquete, N. A. C., Van den Brink, R. H. S., Beintema, H., Mulder, T., Van Os, T. W. D. P., Schoevers, R. A., & Wiersma, D. (submitted). Effects of risk assessment and shared care planning on forensic out-patient functioning: cluster randomized controlled trial.
- Tully, R. J., Chou, S. N., & Browne, K. D. (2013). A systematic review on the effectiveness of sex offender risk assessment tools in predicting sexual recidivism of adult male sex offenders. *Clinical Psychology Review*, 33(2), 287-316.
- Tyrer, P. (2013). From the Editor's desk. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 390.
- Vitacco, M. J., Gonsalves, V., Tomony, J., Smith, B. E. R., & Lishner, D. A. (2012). Can Standardized Measures of Risk Predict Inpatient Violence?: Combining Static and Dynamic Variables to Improve Accuracy. *Criminal Justice and Behavior*, 39(5), 589-606.
- de Vogel, V., & de Ruiter, C. (2004). Differences between clinicians and researchers in assessing risk of violence in forensic psychiatric patients. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15(2), 145-164.
- de Vogel, V., & de Ruiter, C. (2005). The HCR-20 in personality disordered female offenders: a comparison with a matched sample of males. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(3), 226-240.
- de Vogel, V., de Ruiter, C., van Beek, D., & Mead, G. (2004). Predictive validity of the SVR-20 and Static-99 in a Dutch sample of treated sex offenders. *Law and human behavior*, 28(3), 235-251.
- de Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y. H. A., & de Vries Robbé, M. (2009). *SAPROF. Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk. English Version*. Utrecht, the Netherlands: Forum Educatief.
- Wand, T. (2012). Investigating the Evidence for the Effectiveness of Risk Assessment in Mental Health Care. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(1), 2-7.
- Wand, T., & Large, M. (2013). Evidence is lacking for the usefulness of violence risk assessment. *British Journal of Psychiatry*, 202(6), 468.
- Ward, T., & Brown, M. (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime and Law*, 10, 243-257.

- Ward, T., & Gannon, T. A. (2006). Rehabilitation, etiology, and self-regulation: The comprehensive good lives model of treatment for sexual offenders. *Aggression & Violent Behavior, 11*(1), 77-94.
- Ward, T., Gannon, T. A., & Birgden, A. (2007). Human rights and the treatment of sex offenders. *Sexual Abuse: Journal of Research & Treatment, 19*(3), 195-216.
- Ward, T., Mann, R. E., & Gannon, T. A. (2007). The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. *Aggression and Violent Behavior, 12*(1), 87-107.
- Ward, T., & Marshall, W. L. (2004). Good lives, aetiology and the rehabilitation of sex offenders: A bridging theory. *Journal of Sexual Aggression, 10*(2), 153-169.
- Ward, T., & Maruna, S. (2007). *Rehabilitation: beyond the risk paradigm*. London, England: Routledge.
- Ward, T., Melser, J., & Yates, P. M. (2007). Reconstructing the Risk–Need–Responsivity model: A theoretical elaboration and evaluation. *Aggression & Violent Behavior, 12*(2), 208-228.
- Ward, T., & Stewart, C. A. (2003). The treatment of sex offenders: Risk management and good lives. *Professional Psychology: Research and Practice, 34*(4), 353-360.
- Wartna, B. S. J., Alberda, D. L., & Verweij, S. (2013). *Wat werkt in Nederland en wat niet? : een meta-analyse van Nederlands recidiveonderzoek naar de effecten van strafrechtelijke interventies* (978-90-5931-980-6). Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. (1997). *HCR-20. Assessing the Risk of Violence. Version 2*. Burnaby BC Canada: Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia.
- Webster, C. D., Martin, M., Brink, J., Nicholls, T. L., & Middleton, C. (2009). *Handleiding bij de Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) (Manueal for the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START))* (K. 't Lam, M. Lancel & M. Hildebrand, Trans.): GGZ Drenthe, Assen, NL.
- Webster, C. D., Martin, M. L., Brink, J., Nicholls, T. L., & Desmarais, S. L. (2004). *Short Term Assessment of Risk and Treatability (START)* (Vol. 1). Port Coquitlam, BC: Forensic Psychiatric Services Commission and St. Joseph's Healthcare.

- Webster, C. D., Martin, M. L., Brink, J., Nicholls, T. L., & Desmarais, S. L. (2009). *Manual for the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) (Version 1.1)*. Port Coquitlam, BC: Forensic Psychiatric Services Commission and St. Joseph's Healthcare.
- Webster, C. D., Nicholls, T. L., Martin, M. L., Desmarais, S. L., & Brink, J. (2006). Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): the case for a new structured professional judgment scheme. *Behavioral Sciences & the Law*, 24(6), 747-766.
- Wet Forensische Zorg [Forensic Care Act], 32 398, Ministerie van Veiligheid en Justitie [Ministry of Security and Justice] & Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [Ministry of Health, Welfare and Sport] (2013/2014).
- Wet verplichte Geestelijke Gezondheidszorg [Mandatory Mental Healthcare Act], 32 399, Ministerie van Veiligheid en Justitie [Ministry of Security and Justice] & Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [Ministry of Health, Welfare and Sport] (2013/2014).
- Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) [Research and Documentation Centre]. (2013a). REPRIS. Retrieved 12-08-2013 <http://www.wodc.nl/onderzoek/cijfers-en-prognoses/Recidive-monitor/Repris/index.aspx>
- Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) [Research and Documentation Centre]. (2013b). *Voortgangsbericht Recidivestudies [Progress report recidivism studies]*. Ministerie van Justitie en Veiligheid [Ministry of Security and Justice].
- Whitehead, P. R., Ward, T., & Collie, R. M. (2007). Time for a change: applying the good lives model of rehabilitation to a high-risk violent offender. *International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology*, 51(5), 578-598.
- Wiersma, D., van den Brink, R., Wolters, K., McCabe, R., Bullenkamp, J., Hansson, L., . . . Priebe, S. (2009). Individual unmet needs for care: are they sensitive as outcome criterion for the effectiveness of mental health services interventions? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(4), 317-324.
- Williams, D. J. (2003). "Quality of Life" as Perceived by Sex Offenders on Early Release in a Halfway House. *Journal of Offender Rehabilitation*, 38(2), 77-93.
- Willis, G. M., Yates, P. M., Gannon, T. A., & Ward, T. (2013). How to Integrate the Good Lives Model Into Treatment Programs for Sexual Offending: An Introduction and Overview. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 25(2), 123-142.

- Wilson, C. M., Desmarais, S. L., Nicholls, T. L., & Brink, J. (2010). The Role of Client Strengths in Assessments of Violence Risk Using the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START). *International Journal of Forensic Mental Health*, 9(4), 282 - 293.
- Wilson, R. J., & Yates, P. M. (2009). Effective interventions and the Good Lives Model: Maximizing treatment gains for sexual offenders. *Aggression & Violent Behavior*, 14(3), 157-161.
- Wing, J. K., Curtis, R. H., & Beevor, A. S. (1996). *HoNOS: Health of the Nation Outcome Scales: Report on Research and Development July 1993-December 1995*. London: Royal College of Psychiatrists.
- Wright, P., & Webster, C. D. (2011). Implementing Structured Professional Judgment Risk Assessment Schemes: An Example of Institutional Change. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10(1), 1 - 6.
- Wubs, H., & Wijnen, G. H. (2005). *Ambulante forensisch-psychiatrische behandelingen op de AFPN [Out-patient Forensic Psychiatric Treatment in the Out-patient Forensic Psychiatric Clinics in the northern Netherlands]* (Vol. 11). Groningen, The Netherlands University of Groningen.
- Zwemstra, J. C. (2009). *Psychiatrische zorg in en aansluitend aan detentie: Een onderzoek naar psychiatrische zorg en behandeling in detentie en daarop aansluitende reguliere of forensische zorg*. (PhD), Tilburg University Tilburg.



ENGLISH SUMMARY

After various violent incidents involving the mentally ill, the Dutch government ordered reforms of both the judicial and mental health care systems. These changes are thought to result in more out-patient treatment at the cost of clinical capacity, thus reducing the burden of treatment on clients themselves as well as the costs for treatment overall. This leaves professionals with the problem of identifying the potential risk of recidivism posed by the client as well as which treatment and/or supervision would be most appropriate to mitigate this risk.

Commonly structured risk assessment instruments have been used for this purpose. However, there is currently very limited support for their use as a method for violence prevention and this is troubling. Since the prevention of future violent behaviour is the main aim of treatment in forensic psychiatry, investigation of this issue seems warranted. This thesis aims to do so.

An additional challenge in forensic psychiatric treatment is client motivation for treatment and the establishment and maintenance of a therapeutic relationship. Theories and research in other settings show that Shared Decision Making (SDM) can be useful in this respect. Therefore we decided to combine our intervention of risk assessment with SDM.

THEORIES ABOUT OFFENDING AND FORMS OF RISK ASSESSMENT INSTRUMENTS

In **Chapter 1** the two leading rehabilitation theories which have exerted their influence in the field of risk assessment are discussed. These theories are the Risk-Needs-Responsivity (RNR) model and the Good Lives Model (GLM).

The RNR model consists of three core principles: the Risk Principle, the Needs Principle and the Responsivity Principle. Shortly, RNR says that reduction of recidivism is achieved through addressing risk factors in a way suited to the client's abilities and level of risk. Although the success of such a risk focussed treatment has been shown the model has also been criticized. Most notably for not addressing client motivation for treatment, ignoring the role of non-criminogenic needs (e.g., low self-esteem) in the occurrence of violence and not considering the context in which behaviour occurs.

GLM was formulated to address these concerns and states that people want to lead “Good Lives”, which they try to get by obtaining important primary goods (e.g., friendship and happiness). People offend because they lack the capacity or knowledge to use socially acceptable ways of obtaining these goods and thus fulfilling their need for them. So, in addition to addressing criminogenic needs, it is necessary to teach offenders strategies for obtaining a Good Life. As yet the evidence base for GLM is fairly small but results are encouraging, at least for some of the basic aspects of the model.

Influenced by these theories, risk assessment has undergone various changes over the years, not only in form but also in content ranging from pure clinical judgment to complete actuarial risk assessment (i.e. lists of factors known to be associated with recidivism). Currently a popular paradigm is a combination of these two approaches: the Structured Professional Judgment (SPJ). In this approach clinicians first complete an actuarial assessment and then provide an overall final risk estimate adjusted by their professional judgment.

The popularity of SPJ in clinical practice has resulted in the inclusion of not only static (i.e., unchangeable) risk factors, such as previous mental illness, but also dynamic (i.e., changeable) ones, such as mental well-being, whose appeal lies in their potential to reflect changes in risk and in guiding treatment and risk management strategies. The additional inclusion of protective factors in risk assessment instruments, such as having good social skills, can then help in fulfilling a client’s needs and thus aid in reducing recidivism. The Short Term Assessment of Risk and Treatability (START) is an example of an SPJ risk assessment instrument that includes dynamic risk and protective factors.

THE RACE STUDY AND INTERVENTION

The Risk Assessment and Care Evaluation (RACE) study (trial number 1042 at www.trialregister.nl), is the first randomized controlled trial addressing the issue of violence *prevention* through the use of risk assessment and SDM. In a unique collaboration, the three out-patient forensic psychiatric clinics in the north of the Netherlands all participated (i.e., locations Assen, Leeuwarden and Groningen). We randomized 58 case managers and 632 of their clients to either Intervention (n = 310) or Care-As-Usual (n

= 322). At client level a follow-up period of 18 months was aimed for.

In **Chapter 2** a detailed description is provided of a typical client receiving treatment in one of the out-patient clinics, and the way in which our intervention was incorporated in the care he received. Mr. J. is a typical example of the clients in out-patient forensic psychiatry in that he is a fairly young man (aged 24 at the time) who has had a somewhat troubled past including physical abuse by his stepfather and the use of drugs at an early age. He has been convicted several times for offences ranging from burglary and theft to sexual and physical assault. He was referred for treatment by probationary services after assaulting his girlfriend. His main psychiatric diagnosis is one of Personality Disorder Not Otherwise Specified with Antisocial, Narcissistic and Dependent traits. He was never diagnosed with Schizophrenia or with any other form of Psychosis.

As the first step of our intervention, both J. and his case manager START to prepare for their discussion of the treatment plan (see Appendices A and B for Dutch versions and Appendices D and E for English versions). During this second step of the intervention, they followed a protocol developed to increase SDM. The aim of this approach at reaching a consensus about future treatment goals between case manager and client. At consecutive treatment planning sessions this procedure was repeated with the addition of an evaluation of previous agreements (see Appendix C). Both case manager and client provided a rationale for their choices and proposed treatment they considered appropriate. Overall, both case managers and clients found this approach useful and informative.

PREDICTING FUTURE VIOLENT BEHAVIOUR

In **Chapter 3** we tried to address several concerns about studies to date which examined the predictive validity of the START. Specifically, so far results have been restricted by one or several of the following limitations: small samples, only examination of in-patient settings, completion of the START by research assistants rather than clinicians, and completion of the START on case files rather than in clinical practice. We specifically examined if the prediction of future violent behaviour with historic risk factors could be improved by including 1) dynamic risk factors; 2) dynamic protective factors, and 3) the final SPJ. We then investigated if models should include the full strengths and vulnerability scales or if inclusion of the

key strengths and critical vulnerabilities sufficed for successful prediction. Predictive validity for all these models was examined for a follow-up period of 3 and of 6 months.

Prediction of recidivism based on historical factor ratings could not be improved through the addition of dynamic risk, protective strength, or key or critical factor scores. The addition of the SPJ rating improved the model to modest accuracy but made no independent significant contribution for the 3 months follow-up. For the 6 months follow-up, SPJ scores also increased predictive accuracy to modest and made a significant independent contribution to the prediction of the outcome. Limitations apply, however, results are similar to those from clinical, researcher rated samples and are discussed in the light of setting specific characteristics. Although it is too early to advocate implementing risk assessment instruments in clinical practice, we can conclude that clinicians in a heterogeneous out-patient forensic psychiatric setting can achieve similar results with the START as clinicians and research staff in more homogeneous in-patient settings.

In **Chapter 4** we addressed an issue that has hitherto been fairly unexamined, that of client self-assessment of future risk for violent behaviour. Clients have their own unique insights and perspectives into why they get involved in violent or criminal behaviour. As such these could be valuable additions to risk assessments made by case managers. We examined this for clients in out-patient forensic psychiatry, testing if the clients perspective could improve the predictive validity of case-manager rated STARTs.

We found that clients were able to complete the instrument but that agreement between client and case manager on key strengths and critical risk factors was poor. This different selection seems to reflect different views on why clients (re-)offend and should be addressed in treatment planning, for instance, by introducing shared decision making of the treatment plan. This is important because the optimal multivariate prediction model included not only the case manager's final SPJ for violence against others but also the client's self-assessed critical vulnerabilities and key strengths. Clients self-assessments therefore seem to be a useful addition to clinicians ratings of future risk.

PREVENTING FUTURE VIOLENT BEHAVIOUR AND IMPROVING CLIENT FUNCTIONING

Promising as these findings for the predictive validity of the START in our out-patient setting may be, the main aim of forensic psychiatry is the reduction of recidivism. In **Chapter 5**, therefore, we tested whether we could achieve this goal by combining risk assessment with SDM of the treatment plan. We randomized 58 case managers and 632 of their clients to either Intervention (n = 310) or Care-As-Usual (n = 322). Intention-to-treat multilevel logistic regression analyses on case manager reported outcomes showed that there was a general treatment effect. That is, at baseline 22% of clients had been involved in an incident, which at follow-up was reduced to 15%. This reduction was highly statistically significant. However, we found no significant differences between the two treatment groups, showing that our intervention did not result in additional reductions of recidivism.

We faced several challenges, some of which are a result of the study design, others of the implementation and of doing research in clinical practice in general. Our results could have been negatively influenced by the imperfect implementation of our study plan. However, several follow-ups of our initial intention-to-treat analyses using case manager reported outcomes did not change our conclusions. This makes it unlikely that imperfect implementation could be the sole explanation for not finding an effect of the intervention on violent and criminal behaviour.

Instead, we hypothesized that these findings might, in part, be due to a shift of treatment to more client functioning and Quality of Life (QoL) factors rather than those associated with risk of recidivism. We tested this hypothesis in **Chapter 6**. However, we found no evidence for such a shift. Again we found that clients in both study groups improved significantly over time, but that none of these improvements could be attributed to the intervention.

LIMITATIONS AND STRENGTHS

In **Chapter 7** these main findings are summarized and discussed in the light of several limitations and strengths of the study. The main limitation was a problematic implementation of the study protocol. This seems

linked to fluctuating levels of case manager motivation on individual and institutional levels. Although in general case managers did not object to the intervention itself they found the tasks associated with the study oftentimes burdensome. Although not an option when the RACE study started, technological advances that since have taken place, e.g., introduction Electronic Patient File and Routine Outcome Management, could now be used to lessen this burden on case managers. Future studies might want to examine these opportunities for data collection. An additional limitation of this study was: moderate levels of agreement between clinicians rating the same client independently on the START. A consensus meeting, as occurs in clinical settings, might successfully address this problem. However, in our out-patient setting this was not feasible since oftentimes clients are only known to their own case manager. A last possible limitation of this study is that, given the nature of the intervention, we were unable to blind either case managers or clients to randomisation status. However, we argue that any effects arising from this on our results was negligible.

This thesis fills a gap in our knowledge about the preventive effect of the use of risk assessment instruments in clinical practice and, to our knowledge, is the first randomized controlled trial to do so. Additionally we introduced SDM to this out-patient forensic setting where boosting and maintaining client motivation for treatment is an important part of case managers' work. Moreover, we showed that including clients' self-assessments was a valuable addition when predicting future violent behaviour and that including clients' perspectives in general is a worthwhile approach in forensic psychiatry.

IMPLICATIONS FOR CLINICAL PRACTICE

Taken together the implications for clinical practice are as follows: there is currently very limited support for the use of risk assessment instruments as a way of violence prevention or for changing treatment policies by systematically using structured risk assessment in clinical care. However a definitive answer cannot be given at this time since the evidence base is limited to 4 studies including this thesis. Regarding the use of SDM in forensic psychiatry there is some evidence that it may not be suited to clients with pervasive psychiatric conditions like Personality Disorders. Further examination of this issue seems warranted given the successes

of the use of SDM in other settings and populations. Lastly, our findings suggest that there is already a high level of standard care in this setting. Possibly our intervention was a mere formalisation of already common practices and finding an intervention to improve on these could be a daunting task.

However, the most important risk and protective factors associated with recidivism have by now been established and agreed upon by the research community. It seems time to move forward and start to conduct studies of high methodological standard in clinical practice since that is what we are ultimately trying to improve. Investigations of the benefits of risk assessment instruments and their contribution to more effective treatment interventions in terms of reduction of criminal and violent behaviour and ways in which to involve clients more in their treatment are necessary. As we ourselves have experienced, introducing randomized trials in clinical practice is difficult, but it can be done, and is an essential step before implementation can either be advocated or opposed. However, until such evidence has accumulated, the overall picture is not yet convincingly in favour of changing treatment policies by systematically employing structured risk assessment in clinical care.



NEDERLANDSE SAMENVATTING

Naar aanleiding van een aantal gewelddadige incidenten waarbij mensen met een psychische stoornis betrokken waren heeft de Nederlandse regering hervormingen van zowel justitie als de gezondheidszorg aangekondigd. De verwachting is dat deze veranderingen zullen resulteren in meer ambulante behandeling en dat de capaciteit van de klinieken zal afnemen. Hierdoor wordt de belasting van het ondergaan van een behandeling voor zowel cliënten zelf als in meer algemene zin verminderd. Door deze veranderingen zullen clinici steeds meer voor de vraag komen te staan hoe groot de kans (het risico) is dat een cliënt opnieuw een overtreding begaat (zogenaamd recidiverisico) en welke zorg en/of vorm van supervisie het meest geschikt is om dit risico te verminderen.

Het is gebruikelijk om risicotaxatie instrumenten te gebruiken voor dit doel. Echter, er is momenteel maar zeer beperkt bewijs voor het gebruik van deze instrumenten als een methode voor het voorkómen van gewelddadig gedrag en dit is zorgwekkend. Aangezien het voorkómen van toekomstig gewelddadig gedrag het hoofd doel is van forensisch psychiatrie behandeling is nader onderzoek hiervan aangewezen. Deze dissertatie beoogt dit te doen.

Een extra uitdaging in de forensisch psychiatrie behandeling is de motivatie van cliënten voor die behandeling en het ontwikkelen en onderhouden van een therapeutische relatie tussen cliënt en case manager. Zowel theorieën over het ontstaan van gewelddadig gedrag als onderzoek in andere zorgsectoren laten zien dat de methodiek Samen Beslissen (Shared Decision Making in het Engels afgekort als SDM) hiervoor een nuttig hulpmiddel kan zijn. Daarom hebben we besloten om onze interventie bestaande uit risicotaxatie te combineren met SDM.

THEORIEËN OVER HET BEGAAN VAN STRAFBARE FEITEN EN RISICOTAXATIE INSTRUMENTEN

In **Hoofdstuk 1** worden de twee belangrijkste rehabilitatietheorieën besproken welke hun invloed hebben uitgeoefend op het veld van de risicotaxatie. Dit zijn de Risico-Behoefte-Responsiviteitstheorie (Risk-Needs-Responsivity of RNR) en het Goede Leven Model (Good Lives Model of GLM).

Het RNR model omvat 3 principes: het Risico Principe, het Behoefte Principe en het Responsiviteitsprincipe. In het kort zegt RNR dat recidive kan worden verminderd door aandacht te geven aan risicofactoren en door dit te doen op een manier die past bij de mogelijkheden van de

cliënt en zijn/haar risiconiveau. Ondanks dat het succes van een dergelijke risicogerichte behandeling is aangetoond, is er ook kritiek geweest op het model. Met name omdat het model de behandelmotivatie van cliënten buiten beschouwing laat, de rol van non-criminogene factoren (b.v., laag zelfvertrouwen) negeert in het zich voordoen van geweld en omdat het geen rekening houdt met de context waarbinnen gedrag plaats vindt.

Als reactie op deze problemen met RNR werd GLM werd geformuleerd. GLM gaat er van uit dat mensen een "Goed Leven" willen leiden door middel van het verkrijgen van belangrijke primaire goederen (b.v., vriendschap en geluk). Mensen begaan een strafbaar feit omdat ze niet de vermogens of kennis hebben om op een sociaal acceptabele manieren deze goederen te verkrijgen. Daarom is het niet alleen nodig om delinquenten te behandelen voor hun criminogene behoeften, maar om hun ook sociaal acceptabele strategieën aan te leren voor het opbouwen van een Goed Leven. Het bewijs voor GLM is momenteel relatief klein, maar de resultaten tot nu toe zijn bemoedigend, in ieder geval voor sommige van de basis aspecten van het model.

Beïnvloed door deze theorieën heeft risicotaxatie verschillende veranderingen ondergaan in de afgelopen jaren, niet alleen in vorm maar ook wat betreft inhoud. Wat ooit begon als puur klinisch oordeel werd later vervangen door volledige actuariële risicotaxatie (dat wil zeggen, scoring van een lijst van factoren waarvan bekend is dat ze geassocieerd zijn met recidive). Momenteel is de combinatie van deze twee benaderingen populair: het Structureel Professionele Oordeel (Structured Professional Judgment, SPJ). In de SPJ aanpak maken klinici eerst een beoordeling met behulp van een actuariële lijst om vervolgens een eindoordeel van het uiteindelijke risiconiveau te geven gecorrigeerd door hun professionele klinische oordeel en kennis van de cliënt.

De populariteit van deze aanpak in de klinische praktijk heeft geleid tot de inclusie van niet alleen statische (onveranderbare) risicofactoren, zoals het eerder hebben gehad van een psychische stoornis, maar ook dynamische (veranderbare) factoren, zoals mentaal welbevinden. De aantrekkingskracht van dynamische factoren ligt in hun vermogen tot het weergeven van veranderingen in risiconiveau en in het richting geven aan risicomanagement strategieën. Door ook nog beschermende factoren, zoals het hebben van goede sociale vaardigheden, toe te voegen aan risicotaxatie instrumenten kunnen de behoeften van een cliënt beter worden vervuld en dit kan weer bijdragen aan het verminderen van recidive. De Short Term Assessment of Risk and Treatability (START) is een

voorbeeld van een SPJ instrument bestaande uit dynamische en beschermende risicofactoren.

DE RACE-STUDIE EN INTERVENTIE

De RisicoTaxatie en ZorgEvaluatie (Risk Assessment and Care Evalution, RACE) studie (trial nummer 1042 op www.trialregister.nl), is de eerste gerandomiseerde gecontroleerde trial die het onderwerp van het *voorkómen* van geweld door middel van het gebruik van risicotaxatie instrumenten en SDM onderzoekt. In een unieke samenwerking namen alle drie de ambulante forensisch psychiatrische klinieken in Noord-Nederland deel aan dit onderzoek (de locaties in Assen, Leeuwarden en Groningen). We randomiseerden 58 behandelaren en 632 van hun cliënten na Interventie (n=310) of Gebruikelijke zorg (n=322). We waren van plan alle cliënten minstens 18 maanden te volgen.

In **Hoofdstuk 2** wordt een gedetailleerde beschrijving gegeven van een typische cliënt die behandeld wordt in een van de ambulante klinieken en de manier waarop onze interventie in zijn zorg werd geïntegreerd. Meneer J. is een typisch voorbeeld van de cliënten in de ambulante forensische psychiatrie omdat hij een redelijk jonge man is (24 op dat moment) die een ietwat zorgwekkend verleden heeft. Zo werd hij fysiek mishandeld door zijn stiefvader en gebruikte hij op jonge leeftijd al drugs. Hij is meerdere keren veroordeeld voor strafbare feiten die variëren van inbraak en diefstal tot seksueel en fysiek geweld. Nadat hij zijn vriendin had aangevallen werd hij door de reklassering doorverwezen naar de ambulante kliniek om daar behandeld te worden. Meneer J. heeft een Persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven met Antisociale, Narcistische en Afhankelijke trekken. Schizofrenie of een andere vorm van Psychose werden nooit gediagnosticeerd.

Als onderdeel van de eerste stap van onze interventie vulden zowel J. als zijn behandelaar de START in als voorbereiding op de behandelplanbespreking (zie Appendix A en B voor de Nederlandse versies en D en E voor de Engelse versie). Tijdens de tweede stap van de interventie gebruikten zij een protocol gericht op het bevorderen van SDM. Het doel hiervan is dat cliënt en behandelaar tot overeenstemming komen over de behandeldoelen voor de toekomst. Tijdens vervolgspraken werd deze aanpak herhaald en werden de eerder gemaakte afspraken geëvalueerd (Appendix C). Zowel de behandelaar als de cliënt beargumenteerden tijdens het gesprek hun keuzes en deden een voorstel voor de zorg die ze op de genoemde punten wenselijk vonden. In het algemeen vonden

zowel behandelaren als cliënten dit een nuttige en informatieve aanpak.

HET VOORSPELLEN VAN TOEKOMSTIG GEWELDDADIG GEDRAG

In **Hoofdstuk 3** proberen we verschillende lacunes in onze kennis over de predictieve validiteit van de START op te vullen. Tot nu toe gepubliceerde resultaten werden door een of meerdere van de volgende problemen beperkt: kleine aantallen in de onderzoeksgroepen, alleen onderzoek binnen klinieken, het invullen van de START door onderzoeksassistenten in plaats van door klinici, en het invullen van de START op basis van het dossier in plaats van als onderdeel van de klinische praktijk. We onderzochten expliciet of de voorspelling van toekomstig gewelddadig gedrag met behulp van historische risicofactoren kan worden verbeterd door het opnemen in het model van 1) dynamische risicofactoren; 2) dynamische beschermende factoren; en 3) het uiteindelijke klinische (SPJ) oordeel. We onderzochten ook of de modellen alle beschermende en risicofactoren moesten bevatten of dat de voor de cliënt belangrijkste sterktes en risicofactoren zouden volstaan voor een succesvolle voorspelling. Predictieve validiteit voor al deze modellen werd onderzocht voor een follow-up periode van 3 en 6 maanden.

Voorspelling van recidivisme gebaseerd op historische factorscores kon niet worden verbeterd door het toevoegen van dynamische risico-, beschermende sterkte, of voor de cliënt belangrijkste factoren. De toevoeging van het SPJ eindoordeel verbeterde het model tot bescheiden accuraatheid maar was geen onafhankelijke significante toevoeging aan het model voor de follow-up periode van 3 maanden. Voor de volgperiode van 6 maanden verbeterde het SPJ eindoordeel ook de predictieve accuraatheid tot een bescheiden niveau en was tevens een significante onafhankelijke toevoeging bij het voorspellen van de uitkomst. Beperkingen zijn van toepassing, maar deze resultaten zijn vergelijkbaar met die uit klinische, door onderzoekers gescoorde groepen en worden besproken in het licht van de typische kenmerken van de ambulante instelling. Het is te vroeg om implementatie van risicotaxatie instrumenten in de klinische praktijk te adviseren. Echter, we kunnen concluderen dat klinici bij een heterogene groep ambulante forensisch psychiatrische cliënten vergelijkbare resultaten kunnen bereiken met de START als klinici en onderzoekers bij meer homogeen samengestelde groepen klinische cliënten.

In **Hoofdstuk 4** onderzoeken we een onderwerp dat tot nu toe weinig aandacht heeft gekregen, namelijk dat van het door cliënten zelf laten

beoordelen van hun risico voor toekomstig gewelddadig gedrag. Cliënten hebben immers hun eigen unieke inzichten en perspectieven over waarom ze betrokken raken bij gewelddadig en crimineel gedrag. Deze inzichten kunnen een waardevolle toevoeging zijn op risicotaxaties gemaakt door behandelaren. We onderzochten dit voor cliënten in de ambulante forensische psychiatrie door te testen of het opnemen van het cliëntperspectief de predictieve validiteit kon verbeteren van de door de behandelaar ingevulde START.

We vonden dat cliënten in staat waren om het instrument in te vullen maar dat de overeenkomst tussen cliënt en behandelaar met betrekking tot de keuze voor belangrijkste sterke en risicofactoren slecht was. De verschillende visies van cliënten en behandelaren op waarom cliënten (opnieuw) de fout in gaan lijken hieraan ten grondslag te liggen, en deze verschillen zouden een onderdeel moeten vormen van de behandeling. Bijvoorbeeld door middel van het gebruiken van SDM bij het opstellen van het behandelplan. Dit is belangrijk omdat het beste model niet alleen het SPJ eendoordeel van de behandelaar bevatte, maar ook de door cliënt zelf aangewezen belangrijke sterke en risicofactoren. Het toevoegen van cliënt zelfbeoordelingen lijkt daarom een nuttige toevoeging op het door de behandelaren geschatte risico voor toekomstig gewelddadig gedrag.

VOORKÓMEN VAN TOEKOMSTIG GEWELDDADIG GEDRAG EN VERBETEREN VAN CLIËNT FUNCTIONEREN

Veelbelovend als deze bevindingen betreffende de predictieve validiteit van de START in onze ambulante instelling mogen zijn, het hoofddoel van de forensische psychiatrie is het verminderen van recidivisme. In **Hoofdstuk 5** testen we daarom of we dit doel kunnen bereiken door het combineren van risicotaxatie met SDM van het behandelplan. We randomiseerden 58 behandelaren en 632 van hun cliënten tot Interventie (n=310) of Gebruikelijke Zorg (n=322). Intention-to-treat multilevel logistische regressie analyses op door de behandelaar gerapporteerde uitkomsten laat zien dat er een algemeen behandeffect is. Aan het begin van het onderzoek was 22% van de cliënten betrokken bij een incident. Aan het einde van het onderzoek was dit afgenomen tot 15%. Ondanks dat deze afname statistisch zeer significant was, vonden we geen significante verschillen tussen de twee behandelgroepen. Hieruit blijkt dat onze interventie niet heeft bijgedragen aan een verdere afname van de recidive.

We kregen te maken met verschillende uitdagingen tijdens de uitvoering van het onderzoek. Sommige daarvan zijn het resultaat van het onderzoeksmodel, andere van de implementatie en van het doen van onderzoek in de klinische praktijk in meer algemene zin. Onze resultaten kunnen negatief beïnvloed zijn door de onvolledige implementatie van ons onderzoeksplan. Om dit te onderzoeken deden we verschillende extra analyses die echter onze eerdere conclusies niet veranderden. Het is dan ook onwaarschijnlijk dat onvolledige implementatie de enige verklaring is voor onze bevinding dat er geen effect van de interventie was op het zich voordoen van gewelddadig en crimineel gedrag.

Onze hypothese was dat deze resultaten deels het gevolg zijn van een verschuiving in de behandeling van de factoren die gerelateerd zijn aan recidiverisico naar factoren die te maken hebben met de Kwaliteit van Leven (Quality of Life, QoL) van cliënten. We testten deze hypothese in **Hoofdstuk 6**, maar konden geen bewijs vinden voor een dergelijke verschuiving. We vonden opnieuw dat cliënten in beide onderzoeksgroepen significant verbeterden op de gemeten factoren, maar dat geen enkele van deze verbeteringen kon worden toegeschreven aan de interventie.

BEPERKINGEN EN STERKTES

In **Hoofdstuk 7** worden deze belangrijkste bevindingen samen gevat en besproken en binnen het kader van verschillende beperkingen en sterktes van het onderzoek geplaatst. De belangrijkste beperking was de problematische implementatie van het onderzoeksprotocol. Dit lijkt te maken te hebben met wisselende motivatie bij individuele behandelaren en op institutioneel niveau. Behandelaren maakten in het algemeen geen bezwaar tegen de interventie zelf maar vonden de werkzaamheden die te maken hadden met het onderzoek vaak belastend. Ten tijde van het begin van de RACE studie waren er een aantal technologische mogelijkheden niet die er nu wel zijn, zoals het Elektronisch Patiënten Dossier en Routine Outcome Monitoring. Toekomstig onderzoek zou hiervan gebruik kunnen maken om de belasting van behandelaren met onderzoekstaken te verminderen. Een andere beperking van deze studie was de lage mate van overeenstemming tussen klinici die dezelfde cliënt, onafhankelijk van elkaar, beoordeelden op de START. Een consensus bijeenkomst, zoals in klinieken plaats vindt, zou dit probleem succesvol kunnen oplossen. Echter, in onze ambulante instelling was dit onmogelijk omdat cliënten vaak alleen door hun eigen behandelaar werden gezien. Een laatste beperking van dit onderzoek is dat het niet mogelijk was om cliënten en/

of behandelaren te blinderen voor hun randomisatiestatus. We beargumenteren echter dat het mogelijke effect dat dit heeft gehad op onze resultaten verwaarloosbaar is.


Deze dissertatie vult een lacune in onze kennis betreffende het preventieve effect van het gebruiken van risicotaxatie instrumenten in de klinische praktijk en is, voor zover ons bekend, de eerste gerandomiseerde gecontroleerde studie die dit doet. Bovendien introduceerden we SDM in deze ambulante instelling waar het verbeteren en onderhouden van cliëntmotivatie voor behandeling een belangrijk onderdeel is van het werk van behandelaars. Ook lieten we zien dat het opnemen van de zelfbeoordeling van cliënten een waardevolle toevoeging is aan voorspellingen van toekomstig gewelddadig gedrag en dat het opnemen van cliëntperspectieven in het algemeen een waardevolle aanpak is in de forensische psychiatrie.

IMPLICATIES VOOR DE KLINISCHE PRAKTIJK

Samenvattend zijn de implicaties voor de klinische praktijk als volgt: er is momenteel beperkte ondersteuning voor het gebruik van risicotaxatie instrumenten als een methode voor het voorkómen van geweld en dus voor het veranderen van behandelprotocollen door het systematische gebruik van gestructureerde risicotaxatie instrumenten in de klinische zorg. Een definitief antwoord op de vraag naar de preventieve werking van het gebruik van risicotaxatie instrumenten kan op dit moment niet worden gegeven omdat de literatuur beperkt is tot 4 onderzoeken, waaronder deze dissertatie. Met betrekking tot het gebruik van SDM in de forensische psychiatrie is er enig bewijs dat deze methode mogelijk niet geschikt is voor cliënten met een vergaande psychiatrische stoornis zoals een Persoonlijkheidsstoornis. Verder onderzoek van dit punt lijkt dan ook nodig gegeven het succes van SDM in andere zorgsectoren. Ten laatste, onze resultaten suggereren dat er al een hoog niveau van zorg wordt gegeven in de ambulante forensisch psychiatrische instellingen waar ons onderzoek plaatsvond. Mogelijk was onze interventie niet meer dan een formalisering van reeds gebruikelijke praktijken. Het vinden van een interventie die de uitkomsten nog meer kan verbeteren is dan ook een uitdaging.

Onderzoekers hebben inmiddels overeenstemming bereikt over de meest belangrijke risico en beschermende factoren die geassocieerd zijn met recidivisme. Het lijkt dan ook tijd te worden om de volgende stap te zet-

ten en te beginnen met het doen van hoog methodologisch onderzoek in de klinische praktijk. De klinische praktijk is immers wat we uiteindelijk willen verbeteren. Er is meer onderzoek nodig naar de voordelen van het gebruik van risicotaxatie instrumenten en de manier waarop deze instrumenten kunnen bijdragen aan effectievere behandeling, vermindering van crimineel en gewelddadig gedrag en het betrekken maken van cliënten bij hun eigen behandeling. Zoals we zelf hebben ondervonden, is het lastig om gerandomiseerde onderzoeken in de klinische praktijk uit te voeren. Maar, het kan wel. Bovendien is het een essentiële stap in het onderzoeksproces voordat men algehele invoering van een methode kan aanbevelen of afraden. Totdat er meer van dergelijk bewijsmateriaal is, is het totaalplaatje nog niet overtuigend voor het veranderen van behandelprotocollen en –beleid zoals het invoeren en systematisch gebruiken van gestructureerde risicotaxatie instrumenten in de klinische praktijk.



APPENDICES

A – SHORT TERM ASSESSMENT OF RISK AND TREATABILITY – CASE MANAGER (NL)

'T LAM, K., LANCEL, M., & HILDEBRAND, M. (2009). HANDLEIDING BIJ DE SHORT-TERM ASSESSMENT OF RISK AND TREATABILITY (START): RICHTLIJNEN BIJ HET BEOORDELEN VAN KORTE TERMIJN RISICO'S EN BEHANDELMOGELIJKHEDEN. [MANUAL FOR THE SHORT-TERM ASSESSMENT OF RISK AND TREATABILITY (START): GUIDELINES FOR ASSESSMENT OF SHORT-TERM RISKS AND TREATMENT OPPORTUNITIES (DUTCH TRANSLATION)]. ASSEN, THE NETHERLANDS: GGZ DRENTHE.



START SCORINGSKAART RACE-STUDIE

CLIËNT

AFPN MEDEWERKER

DATUM BEOORDELING (DD/MM/JJJJ)

Beoordeling o.b.v. afgelopen periode van (3?, nee)_____ maanden voor komende periode van (6?, nee)_____ maanden. Er van uit gaande dat cliënt zich komende periode bevindt in volgende beoogde context _____

Overwegingen bij score	S item	Sterkten			START ITEMS	Risiko's			E item	Overwegingen bij score
		2	1	0		0	1	2		
	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Sociale vaardigheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Relaties (TW*: J/N)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Werk en opleiding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Vrijtijdsbesteding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Zelfverzorging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Mentale status	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Emotionele status	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Middelengebruik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Impulscontrole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Externe invloeden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Sociale steun (POC*: J/N)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Materiële omstandigheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Attitudes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Medicatievoorschriften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Meewerken aan regels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Gedrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Inzicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Plannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Coping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Motivatie tot verandering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Casus specifiek item _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Casus specifiek item _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	

TW = Therapeutische Werkrelatie; ** POC = Positief Ondersteunende Contacten

SPECIFIEKE RISICO BEOORDELINGEN				Overwegingen bij beoordeling
Risico voor anderen	Laag <input type="checkbox"/>	Midden <input type="checkbox"/>	Hoog <input type="checkbox"/>	
Zelfbeschadiging	Laag <input type="checkbox"/>	Midden <input type="checkbox"/>	Hoog <input type="checkbox"/>	
Suïcide	Laag <input type="checkbox"/>	Midden <input type="checkbox"/>	Hoog <input type="checkbox"/>	
Schenden behandelvoorwaarden	Laag <input type="checkbox"/>	Midden <input type="checkbox"/>	Hoog <input type="checkbox"/>	
Middelenmisbruik	Laag <input type="checkbox"/>	Midden <input type="checkbox"/>	Hoog <input type="checkbox"/>	
Zelfverwaarlozing	Laag <input type="checkbox"/>	Midden <input type="checkbox"/>	Hoog <input type="checkbox"/>	
Victimisatie	Laag <input type="checkbox"/>	Midden <input type="checkbox"/>	Hoog <input type="checkbox"/>	
Casus specifiek risico, nl.	Laag <input type="checkbox"/>	Midden <input type="checkbox"/>	Hoog <input type="checkbox"/>	

RISICOMANAGEMENT
RISICOSIGNALLEN
HUIDIGE BEHANDELPLAN
MEDISCHE AANDACHTSPUNTEN/TESTS
RISICOBESCHRIJVING: welke factoren voorspellen-verklaren / welke persoon / zal uitvoeren / welke daad / op welk moment?



B – SHORT TERM ASSESSMENT OF RISK AND TREATABILITY – CLIENT SELF-APPRAISAL (NL)

VAN DEN BRINK, R. H. S., TROQUETE, N. A. C., BEINTEMA, H., MULDER, T., VAN OS, T. W. D. P., SCHOEVERS, R. A., & WIERSMA, D. (SUBMITTED). RISK ASSESSMENT BY CLIENT AND CASE MANAGER FOR SHARED DECISION MAKING IN OUTPATIENT FORENSIC PSYCHIATRY.



CLIËNT: _____ DATUM INVULLEN: _____

Kwetsbare punten

Kwetsbare punten zijn dingen (in uzelf en in uw leven) die er voor kunnen zorgen dat het niet goed met u gaat, en dat u (weer) in aanraking komt met politie en justitie.

Geef bij de onderstaande dingen aan of het kwetsbare punten van u zijn.

Gebruik de vierkanten voor uw antwoorden. Op de cirkels komen we later terug.

Punt	Kwetsbaar punt?			3 of meer Belang- rijkste
	Ja	Enigszins	Nee	
1. <u>Moeilijk contact maken met anderen</u> Teruggetrokken zijn. Stil zijn, niet veel zeggen. Lastig in de omgang met anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
2. <u>Moeite met het opbouwen van relaties</u> Met vrienden, een partner, hulpverleners.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
3. <u>Problemen met werk of opleiding</u> Geen interesse in hebben. Kost moeite om het goed te doen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
4. <u>Gebrek aan bezigheden in je vrije tijd</u> Geen hobbies hebben. Je vervelen, of maar wat rondhangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
5. <u>Moeite met het verzorgen van jezelf</u> Moeilijk vinden om je huis schoon te houden, eten te koken, je kleren te wassen, regelmatig te douchen, gezond te leven.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
6. <u>Problemen hebben met helder denken</u> Moeilijk je aandacht ergens bij kunnen houden. Stemmen horen, of storende gedachten hebben. Vaak anderen wantrouwen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
7. <u>Slechte stemming hebben</u> Je onplezierig voelen. Sombor. Prikkelbaar. Boos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
8. <u>Problemen met alcohol of drugs</u> Teveel drinken. Drugs gebruiken. Gebruik beïnvloedt je leven.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
9. <u>Gebrek aan zelfbeheersing</u> Eerst doen en dan pas denken. Geen rekening houden met de gevolgen van wat je doet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
10. <u>Gevoelig zijn voor slechte invloeden</u> Meedoen met vrienden terwijl je weet dat je daardoor in de problemen komt. Moeilijkheden opzoeken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
11. <u>Gebrek aan steun van mensen om je heen</u> Helemaal op jezelf aangewezen zijn. Of steun van anderen afwijzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

Punt	Kwetsbaar punt?			3 of meer Belang- rijkste
	Ja	Enigszins	Nee	
12. <u>Problemen met geld of wonen</u> Grote schulden hebben. Geen geld voor de huur, eten, gas, licht. Zorgen over je woning. Hulp afwijzen bij het beheren van je geld.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
13. <u>Gebrek aan respect voor anderen</u> Liegen. Moeite om te begrijpen waarom anderen verdrietig zijn. Wat jij wilt is belangrijker dan wat andere mensen willen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
14. <u>Medicijnen laten staan of verkeerd gebruiken</u> Voorgeschreven medicijnen laten staan. Of ze anders gebruiken dan aangegeven is. Twijfels hebben over noodzaak ervan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
15. <u>Moeite met regels</u> Afspraken niet nakomen. Geen afspraken willen maken. Je verzetten tegen controles, bijvoorbeeld controle op druggebruik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
16. <u>Je vervelend gedragen naar anderen</u> Pesten of bang maken. Stelen. Vernielen. Seksueel lastig vallen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
17. <u>Onzeker zijn over je sterke en zwakke punten</u> Onduidelijk voor je zijn waarom je soms in de problemen komt. Niet aan zien komen als het weer slechter met je gaat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
18. <u>Een doel en plannen missen</u> Niet weten wat je eigenlijk wil. Of plannen hebben waarvan je eigenlijk wel weet dat ze niet haalbaar zijn, of slecht voor anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
19. <u>Moeilijk problemen de baas kunnen</u> Problemen overrompelen je. Maken je angstig. Groeien je snel boven het hoofd. Omgaan met veranderingen is moeilijk voor je.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
20. <u>Moeite om mee te werken aan je behandeling</u> Twijfelen of behandeling wel zin heeft. Net doen of je meewerkt. Eigenlijk vinden dat anderen moeten veranderen en niet jij.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
21. <u>Problemen in omgaan met seksualiteit</u> Geen seksuele partner. Storende of onaangename seksuele aanraking, fantasieën of gedrag. Onveilige seks. Verslaafd aan seks.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
<u>Andere dingen die er voor zorgen dat het slecht met u gaat</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

Kruis nu in de meest rechtse kolom (de cirkels) de 3 of meer belangrijkste dingen aan die ervoor kunnen zorgen dat het slecht met u gaat.

Beschermende punten

- **Beschermende punten** zijn dingen (in uzelf en in uw leven) die er juist voor zorgen dat het goed met u gaat, en dat u niet (weer) in aanraking komt met politie en justitie.
- Geef bij de onderstaande dingen aan of het beschermende punten van u zijn.
- Gebruik de vierkanten voor uw antwoorden. Op de cirkels komen we later weer terug

Punt	Beschermend punt?			3 of meer Belang- rijkste
	Ja	Enigszins	Nee	
<u>Contact kunnen maken met anderen</u> Een praatje kunnen maken. Meedoen met groepsactiviteiten. Plezier beleven aan contact met anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
<u>Goede relaties kunnen opbouwen</u> Met vrienden, een partner, hulpverleners.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
<u>Plezier in je werk of opleiding</u> Werk hebben of een opleiding. Goed je werk of opleiding kunnen doen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
<u>Bezigheden hebben in je vrije tijd</u> Hobbies hebben. Je kunnen vermaken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
<u>Jezelf kunnen verzorgen</u> Je huis schoon kunnen houden. Eten koken. Je kleren wassen. Douchen. Gezond leven.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
<u>Helder kunnen denken</u> Je aandacht ergens bij kunnen houden. Geen stemmen horen, of storende gedachten hebben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
<u>Goede stemming hebben</u> Je plezierig voelen. Kalm. Hoopvol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
<u>Van alcohol en drugs af kunnen blijven</u> Geen drugs gebruiken. Met mate drinken. Behandeling hiervoor accepteren, als dat nodig is.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
<u>Zelfbeheersing</u> Je goed kunnen beheersen. Jezelf in de hand hebben. Eerst denken, dan pas doen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
0. <u>Weerstand kunnen bieden aan slechte invloeden</u> Weigeren mee te doen als vrienden dingen doen die niet goed zijn. Problemen niet opzoeken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
1. <u>Steun van de mensen om je heen</u> Mensen hebben die je steunen (familie, vrienden of hulpverleners). Die het beste voor jou willen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

Punt	Beschermend punt?			3 of meer Belang- rijkste
	Ja	Enigszins	Nee	
12. <u>Geld en woning voor elkaar hebben</u> Met je geld uitkomen. Geen schulden hebben. Goede woonruimte hebben. Hulp aanvaarden bij het beheren van je geld.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
13. <u>Respect voor anderen hebben</u> Open en eerlijk zijn naar anderen. Je kunnen voorstellen dat anderen verdrietig zijn om iets.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
14. <u>Medicijnen goed gebruiken</u> Voorgeschreven medicijnen gebruiken. Begrijpen waarom ze nodig zijn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
15. <u>Je houden aan regels</u> Begrijpen waarom de regels nodig zijn. Meewerken aan controles, bijvoorbeeld controle op druggebruik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
16. <u>Je prettig gedragen voor anderen</u> Van spullen van een ander afblijven. Je veilig gedragen voor anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
17. <u>Je sterke en zwakke punten kennen</u> Weten waardoor je soms in de problemen komt. Herkennen als het weer slechter me je gaat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
18. <u>Een doel en plannen hebben</u> Iets hebben waarnaar je streeft. Wat niet ten koste gaat van andere mensen. Plannen hebben, die ook haalbaar zijn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
19. <u>Kunnen omgaan met problemen</u> Problemen kunnen oplossen. Met stress en veranderingen kunnen omgaan. Zonodig hulp vragen. Positief blijven denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
20. <u>Meewerken aan je behandeling</u> Je inzetten voor je behandeling. Willen slagen. Meedoen, omdat je dat zelf ook wil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
21. <u>Goed omgaan met seksualiteit</u> Goede seksuele relatie. Controle over seksuele prikkel, fantasieën en gedrag. Veilige seks voor beiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
<u>Andere dingen die er voor zorgen dat het goed met u gaat</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
.....				
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

Kruis nu in de meest rechtse kolom (de cirkels) de 3 of meer dingen aan die voor u het
belangrijkste zijn om ervoor te zorgen dat het goed met u gaat.

C – TREATMENT PLAN DISCUSSION (NL)



Zorgevaluatie met cliënt RACE-studie

Cliënt nummer RACE-studie Naam AFPN-medewerker Datum gesprek (dd/mm/jjjj)

Introductie van doel van het gesprek

- Bespreken hoe het op dit moment met u gaat.
- En welke zorg er - volgens u en volgens mij - nodig is.
- (Als cliënt vooraf START heeft kunnen invullen, dit erbij laten pakken)

1. Kwetsbare punten volgens cliënt

- Als u nu kijkt naar hoe het op dit moment met u gaat. Wat zijn dan volgens u de belangrijkste dingen (in uzelf en in uw leven) die er voor kunnen zorgen dat het niet goed met u gaat, en dat u (weer) in aanraking komt met politie en justitie?
- Noem er tenminste 3, bijvoorbeeld uit dit lijstje (START items), of andere dingen. (Welke kwetsbare punten heeft u bijvoorbeeld als belangrijkste aangekruist op de START?)

Per genoemd punt vragen (en antwoord hieronder aangeven in tabel):

- Als u nu kijkt, naar hoe het nu met u gaat op dit punt, wat voor rapportcijfer zou u zich daar dan nu voor geven? (0-10)
- Vindt u dat u meer, of andere zorg op dit punt nodig heeft?
- Zo ja, wat voor zorg dan? (Wat is nodig om het rapportcijfer te verhogen?)
- Bespreek dit. Leg vast (in laatste kolom) wat is afgesproken over de zorg.

Kwetsbaar punt volgens cliënt	START item	Rapport-cijfer	Andere of meer zorg?	Afgesproken Zorg
			Nee Ja	
			Nee Ja	
			Nee Ja	
			Nee Ja	
			Nee Ja	

2. Beschermende punten volgens cliënt

- Nu uw beschermende punten. Wat zijn volgens u nu de belangrijkste dingen (in uzelf en in uw leven) die er voor zorgen dat het wel goed met u gaat, en dat u niet (weer) in aanraking komt met politie en justitie?
- Noem er weer tenminste 3.
- Kijk bijvoorbeeld op dit lijstje (START items), of noem andere dingen.
- (Welke beschermende punten heeft u bijvoorbeeld als belangrijkste aangekruist op de START?)
- Per genoemd punt weer vragen (en antwoord hieronder aangeven in tabel):
- Wat voor rapportcijfer geeft u zich, zoals het nu op dit punt met u gaat? (0-10)
- Vindt u dat u meer, of andere zorg op dit punt nodig heeft?
- Zo ja, wat voor zorg dan? (Wat is nodig om het rapportcijfer te verhogen?)
- Bespreek dit. Leg vast (in laatste kolom) wat is afgesproken over de zorg.

Beschermend punt volgens cliënt	START item	Rapportcijfer	Andere of meer zorg?	Afgesproken Zorg
			Nee Ja	
			Nee Ja	
			Nee Ja	
			Nee Ja	
			Nee Ja	

3. Kwetsbare punten volgens behandelaar(s)

Wij hebben ook gekeken naar uw kwetsbare en beschermende punten op dit moment. Wij vinden uw kwetsbare punten op dit moment: (noem de als 'Essentiële items' aangekruiste 'Risiko's' van uw START-beoordeling). Benoem overeenstemming en verschillen met beoordeling door cliënt zelf.

Per genoemd item:

Geef aan waarom het, op dit moment, als kwetsbaar punt van de cliënt (c.q. risico / bedreiging) wordt gezien.

Vraag: Wat vindt u hiervan?

Wat betreft de zorg op dit punt, vinden wij het nodig om: ... (kan aanpassing, maar ook voortzetting huidige zorg zijn) Wat vindt u daarvan?

Kunnen we hierover tot een afspraak komen? (afgesproken zorg hieronder vastleggen in laatste kolom)

Kwetsbaar punt volgens behandelaar(s)	STARTitem	Afgesproken Zorg

4. Beschermende punten volgens behandelaar(s)

Wij vinden uw belangrijkste beschermende punten op dit moment: (noem de als 'Sleutel items' aangekruiste 'Sterkten van uw START-beoordeling).

Benoem weer overeenstemming en verschillen met beoordeling door cliënt zelf.

Per genoemd item weer:

Geef aan waarom het, op dit moment, als beschermend punt van de cliënt wordt gezien.

Wat vindt u hiervan?

Wat betreft de zorg op dit punt, vinden wij het nodig om: ... (kan aanpassing, maar ook voortzetting huidige zorg zijn)

Wat vindt u daarvan?

Kunnen we hierover tot een afspraak komen? (afgesproken zorg hieronder vastleggen in laatste kolom)

Beschermend punt volgens behandelaar(s)	STARTitem	Afgesproken Zorg

Vergelijking met vorige zorgevaluatie

Betreft zorgevaluatie van datum (dd/mm/yyyy): _____

5. Vorige keer genoemd, nu niet

- Pak het formulier van de vorige zorgevaluatie erbij.
- Kom terug op de kwetsbare en beschermende punten die de cliënt de vorige keer wel noemde maar deze keer niet.
- Vraag de cliënt een rapportcijfer te geven, zoals het nu op deze punten met hem gaat (zoals boven bij punt 2).
- Bespreek de rol van de geboden zorg hierin (inclusief eventuele aanpassing van de zorg na de vorige evaluatie). Geef aan of de zorg voortgezet dient te worden.

Kwetsbaar punt volgens cliënt (vorige keer genoemd, nu niet)	START item	Rapport- cijfer	Rol (aangepaste) zorg hierbij? Zorg voortzetten?

Beschermend punt volgens cliënt (vorige keer genoemd, nu niet)	START item	Rapport- cijfer	Rol (aangepaste) zorg hierbij? Zorg voortzetten?

6. Realisatie vorige keer overeengekomen afspraken over zorg

- Geef hieronder in de linker kolommen aan op welk punt de afspraak van vorige keer betrekking hadden (welk START-item en was het een kwetsbaar of beschermend punt volgens cliënt of volgens de behandelaar?)
- Geef per afspraak aan of de aanpassing van de zorg is gerealiseerd.
- Leg eventuele nieuwe afspraken over zorg weer vast in laatste kolom van onderstaande tabel.

Afspraak betrof					Afgesproken zorgaanpassing gerealiseerd?	Nieuwe afspraak over zorg
Start-item	Kwetsbaar punt cliënt	Beschermend punt cliënt	Kwetsbaar punt behand.	Beschermend punt behand.		
					Nee Ja	
					Nee Ja	
					Nee Ja	
					Nee Ja	
					Nee Ja	
					Nee Ja	
					Nee Ja	
					Nee Ja	
					Nee Ja	



D – SHORT TERM ASSESSMENT OF RISK AND TREATABILITY (EN)

NICHOLLS, T. L., BRINK, J., DESMARAIS, S. L., WEBSTER, C. D., & MARTIN, M. (2006). THE SHORT-TERM ASSESSMENT OF RISK AND TREATABILITY (START): A PROSPECTIVE VALIDATION STUDY IN A FORENSIC PSYCHIATRIC SAMPLE. *ASSESSMENT*, 13(3), 313-327.

WEBSTER, C. D., MARTIN, M. L., BRINK, J., NICHOLLS, T. L., & DESMARAIS, S. L. (2009). *MANUAL FOR THE SHORT-TERM ASSESSMENT OF RISK AND TREATABILITY (START) (VERSION 1.1)* PORT COQUITLAM BC: FORENSIC PSYCHIATRIC SERVICES COMMISSION AND ST JOSEPH'S HEALTHCARE.



Name: _____
Last First Middle

Record # _____

Male ☐ Female ☐ D.O.B: _____

START Summary Sheet ©

Diagnoses: DSM-V ☐ ICD-10 ☐ 1 _____ 2 _____
3 _____ 4 _____ 5 _____

STATUS: ☐ HOSPITAL ☐ COMMUNITY ☐ CORRECTIONS
Status: _____ Status: _____ Status: _____

PURPOSE: ☐ REFERRAL ☐ ADMISSION ☐ REVIEW ☐ OTHER
Specify: _____ Specify: _____

START Time Frame: _____
days / weeks / months

Key Item	Strengths			START Items	Vulnerabilities			Critical Item	SIGNATURE RISK SIGNS						
	2	1	0		0	1	2		Hx*	Risks	T.H.R.E.A.T.	Low	Mod	High	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Social Skills	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Relationships (TA:Y/N)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Occupational	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Recreational	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SPECIFIC RISK ESTIMATES						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Self-Care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hx*	Risks	T.H.R.E.A.T.	Low	Mod	High	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Mental State	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Violence	No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Emotional State	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Self-Harm	No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Substance Use	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suicide	No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Impulse Control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unauthorized Leave		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. External Triggers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Substance Abuse		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Social Support (PPS:Y/N) [‡]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Self-Neglect		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Material Resources	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Being Victimized		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Attitudes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Case Specific:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Med. Adherence (N/A <input type="checkbox"/> [†])	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Rule Adherence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CURRENT MANAGEMENT MEASURES						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Conduct	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Insight	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Plans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Coping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Treatability	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Current Management Plan:						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Case Specific:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Case Specific:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

Health Concerns/Medical Tests:

Risk Formulation: what factors/predict-explain/which person/will carry out/what act/when?

Completed by (Pls print): _____ Date: _____

*TA - Therapeutic Alliance [‡]PPS - Positive Peer Support [†]N/A – Not Applicable *Hx - Historical

Version 1.3 © 2014

E – CLIENT SELF-APPRAISAL ON THE SHORT TERM ASSESSMENT OF RISK AND TREATABILITY (EN)

VAN DEN BRINK, R. H. S., TROQUETE, N. A. C., BEINTEMA, H., MULDER, T., VAN OS, T. W. D. P., SCHOEVERS, R. A., & WIERSMA, D. (SUBMITTED). RISK ASSESSMENT BY CLIENT AND CASE MANAGER FOR SHARED DECISION MAKING IN OUTPATIENT FORENSIC PSYCHIATRY.



CLIENT: _____

DATE: _____

Vulnerable points

Vulnerable points are things in yourself or in your life which can put you at risk of not doing well, and can bring you into contact with the police and law (again).

Please indicate for the points below whether they are a vulnerable point of yours, or not

Mark your answers in the squares. The use of the circles is explained later.

Point	Vulnerable point?			Major points (3 or more)
	Yes	Somewhat	No	
1. <u>Difficulty making contact with others</u> Being withdrawn. Quiet. Finding it difficult to have a conversation with strangers.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
2. <u>Trouble building relationships</u> With friends, a partner, care providers. Difficulty getting along with others, or to feel close to others.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
3. <u>Problems with work or education</u> Lacking interest. Finding it difficult to do it right.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
4. <u>Lacking leisure activities</u> Having few hobbies or interests. Being bored, or just hanging around.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
5. <u>Difficulty with self-care</u> Trouble to keep the house clean, prepare a meal, wash your clothes, take a shower regularly, lead a healthy life.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
6. <u>Problems with thinking clearly</u> Difficulty concentrating. Hearing voices, or having intrusive thoughts. Being confused. Having memory problems.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
7. <u>Experiencing mood problems</u> Feeling unpleasant. Depressed. Irritable. Angry.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
8. <u>Problems with alcohol or drugs</u> Drinking too much. Using drugs. Usage that affects your life.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
9. <u>Lack of self-control</u> Doing before thinking. Ignoring the consequences of what you are doing.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
10. <u>Susceptible to bad influences</u> Joining in with friends when you know it will get you into trouble. Finding it hard to resist others.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
11. <u>Lacking support of people around you</u> Having only yourself to rely on. Or rejecting support of others.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

Point	Vulnerable point?			Major points (3 or more)
	Yes	Somewhat	No	
12. <u>Problems with money or housing</u> Large debts. Lacking money for rent, food, electricity. Having poor or unstable housing. Refusing help in managing your finances.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
13. <u>Lacking concern for others</u> Lying. Difficulty understanding why others feel sad. What you want is more important than what other people want.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
14. <u>Stopping or misusing medication</u> Not taking prescribed medication. Or using it in a different way than prescribed. Doubting the need for medication.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
15. <u>Difficulty to keep to the rules</u> Finding it hard to see the point of rules, or to obey them. Resisting checks, such as a drug test.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
16. <u>Behaving unpleasantly towards others</u> Bullying or frightening others. Insulting others. Stealing or destroying property. Sexually harassing others.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
17. <u>Being unsure about your strengths and weaknesses</u> Unclear to you why you get into trouble sometimes. It always catches you by surprise when things go wrong with you.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
18. <u>Missing a goal and plans</u> Being unsure about what you really want. Having plans you know are unrealistic, or bad for others.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
19. <u>Difficulty handling problems</u> Problems overwhelm you. Make you anxious. Are often too much for you. Coping with changes is difficult for you.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
20. <u>Difficulty cooperating with your treatment</u> Doubting whether treatment is necessary. Pretending to cooperate. Others should change, not you.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
21. <u>Problems dealing with sexuality</u> Missing a sexual partner. Having disturbing or inadmissible sexual urges, fantasies, or behaviours. Unsafe sex. Being addicted to sex.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
<u>Other things which can put you at risk of not doing well</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

Now turn to the circles at the right hand side. Please mark the 3, or more, most important points for you, which can put you at risk of not doing well.



Protective points

- **Protective points** are things in yourself and in your life which can help things go well with you, and keep you out of contact with the police and law.
- Please indicate for the points below whether they are a protective point of yours, or not.
- Use the squares to mark your answer. We will come back to the use of the circles later again.

Point	Protective point?			Major points (3 or more)
	Yes	Somewhat	No	
1. <u>Able to make contact with others</u> Able to strike up a conversation with somebody. Participating in group activities. Enjoying contact with others.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
2. <u>Able to build relationships</u> With friends, a partner, care providers. Getting along with others. Feeling close to others.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
3. <u>Enjoying your work or education</u> Having work or getting an education. Being able to do you work or school well. Showing initiative in the classroom or your job	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
4. <u>Having leisure activities</u> Having hobbies. Being able to entertain yourself.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
5. <u>Adequate self-care</u> Keeping your house clean. Preparing meals. Washing your clothes. Taking a shower regularly. Leading a healthy life.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
6. <u>Thinking clearly</u> Able to focus your mind on something, and to think things through clearly.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
7. <u>Having a stable and positive mood</u> Feeling pleasant. Calm. Hopeful. Having a sense of humor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
8. <u>Having control over your alcohol and drug usage</u> Keeping of drugs. Drinking in moderation. Accepting treatment for this, if necessary.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
9. <u>Self-control</u> Able to control yourself. To have a grip on yourself. To think first and act later. Able to deal with disappointments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
10. <u>Withstanding bad influences</u> Resisting friends who want you to do the wrong things. Having friends who help to do the right things. Making up your own mind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
11. <u>Having support of people around you</u> Having people who support you (family, friends or care providers). Who mean well with you.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

Point	Protective point?			Major points (3 or more)
	Yes	Somewhat	No	
12. <u>Having sufficient money and adequate housing</u> Managing with your money. Being without debts. Having adequate housing. Accepting help in administering your money, if needed.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
13. <u>Respecting others</u> Being open and honest to others. Showing concern for others. Seeing others as equals.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
14. <u>Making appropriate use of medication</u> Using prescribed medication, and in the right way. Understanding the need for medication.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
15. <u>Obeying rules</u> Understanding why rules are necessary. Cooperating with checks, such as a drug test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
16. <u>Behaving pleasantly towards others</u> Respecting other people's property. Being considerate about others and their safety. Arriving on time for appointments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
17. <u>Knowing your strengths and weaknesses</u> Knowing why you get into trouble sometimes. Recognizing when you are no longer doing well. Aware of your problem areas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
18. <u>Having a goal and plans</u> Having something to strive for, which is not at the expense of others. Having realistic plans.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
19. <u>Able to handle difficulties</u> Being able to solve your problems. To deal with stress and changes. To ask for help, if needed. To look on the bright side.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
20. <u>Cooperating with your treatment</u> Being committed to your treatment. Wanting to succeed. Cooperating, because you want it yourself	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
21. <u>Managing sexuality adequately</u> Having a good sexual relationship. Having control over your sexual urges, fantasies and behaviour. Safe sex for both.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
<u>Other points which can help things go well with you</u> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

Now turn to the circles at the right hand side. Please mark the 3, or more, most important points for you, which can make things go well with you.

RESEARCH INSTITUTE SHARE

This thesis is published within the **Research Institute SHARE** (Science in Healthy /Aging and Health care) of the University Medical Center Groningen / University of Groningen. Further information regarding the institute and its research can be obtained from our internet site: www.share.umcg.nl

More recent theses can be found in the list below.

((co-) supervisors are between brackets)

2014

Spaans F

Hemopexin activity and extracellular ATP in the pathogenesis of preeclampsia

(prof H van Goor, dr MM Faas, dr WW Bakker)

Brinksma A

Nutritional status in children with cancer

(prof PF Roodbol, prof R Sanderman, prof ESJM de Bont, dr WJE Tissing)

Prihodova L

Psychological and medical determinants of long-term patient outcomes; a specific focus on patients after kidney transplantation and with haemophilia

(prof JW Groothoff, dr JP van Dijk, dr I Rajnicova-Nagyova, dr J Rosenberger)

Snippe E

Understanding change in psychological treatments for depressive symptoms; the individual matters

(prof R Sanderman, prof PMG Emmelkamp, dr MJ Schroevers, dr J Fleer)

Groen B

Complications in diabetic pregnancy; role of immunology and Advanced Glycation End products

(prof TP Links, prof PP van den Berg, dr MM Faas)



Visser L

Early detection and prevention of adolescent alcohol use; parenting and psychosocial factors

(prof SA Reijneveld, dr AF de Winter)

Tovote KA

Acceptance or challenge? Psychological treatments for depressive symptoms in patients with diabetes

(prof R Sanderman, prof PMG Emmelkamp, prof TP Links)

Trippolini M

Evaluation of functioning in workers with whiplash-associated disorders and back pain

(prof MF Reneman, prof PU Dijkstra, prof JHB Geertzen)

Eriks-Hoogland IE

Shoulder impairment in persons with a spinal cord injury & associations with activities and participation

(prof LHV van der Woude, prof G Stucki, prof MWM Post, dr S de Groot)

Suwantika AA

Economic evaluations of non-traditional vaccinations in middle-income countries: Indonesia as a reference case

(prof MJ Postma, dr K Lestari)

Behanova M

Area- and individual-level socioeconomic differences in health and health-risk behaviours; a comparison of Slovak and Dutch cities

(prof SA Reijneveld, dr JP van Dijk, dr I Rajnicova-Nagyova, dr Z Katreniakova)

Dekker H

Teaching and learning professionalism in medical education

(prof J Cohen-Schotanus, prof T van der Molen, prof JW Snoek)

Dontje ML

Daily physical activity in patients with a chronic disease

(prof CP van der Schans, prof RP Stolk)

Gefenaite G

Newly introduced vaccines; effectiveness and determinants of acceptance
(*prof E Hak, prof RP Stolk*)

Dagan M

The role of spousal supportive behaviors in couples' adaptation to colorectal cancer
(*prof M Hagedoorn, prof R Sanderman*)

Monteiro SP

Driving-impairing medicines and traffic safety; patients' perspectives
(*prof JJ de Gier, dr L van Dijk*)

Bredeweg S

Running related injuries
(*prof JHB Geertzen, dr J Zwerver*)

Mahmood SI

Selection of medical students and their specialty choices
(*prof JCC Borleffs, dr RA Tio*)

Krieke JAJ van der

Patients' in the driver's seat; a role for e-mental health?
(*prof P de Jonge, prof M Aiello, dr S Sytema, dr A Wunderink*)

Jong LD de

Contractures and hypertonia of the arm after stroke; development, assessment and treatment
(*prof K Postema, prof PU Dijkstra*)

Tiessen AH

Cardiovascular risk management in general practice
(*prof K van der Meer, prof AJ Smit, dr J Broer*)

Bodde MI

Complex Regional Pain Syndrome type 1 & amputation
(*prof JHB Geertzen, prof PU Dijkstra, dr WFA van der Dunnen*)



Lakke AE

Work capacity of patients with chronic musculoskeletal pain
(*prof JHB Geertzen, prof MF Reneman, prof CP van der Schans*)

Silarova B

Unraveling the role of sense of coherence in coronary heart disease patients
(*prof SA Reijneveld, dr JP van Dijk, dr I Rajnicova-Nagyova*)

Weening-Dijksterhuis E

Physical exercise to improve or maintain Activities of Daily Living performance in frail institutionalized older persons
(*prof CP van der Schans, prof JPJ Slaets, dr MHG de Greef, dr W Krijnen*)

Koolhaas W

Sustainable employability of ageing workers; the development of an intervention
(*prof JJL van der Klink, prof JW Groothoff, dr S Brouwer*)

Flach PA

Sick leave management beyond return to work
(*prof JW Groothoff, prof U Bültmann*)

For 2013 and earlier theses visit our website

DANKWOORD



Het laatste loodje van dit proefschrift werd uiteindelijk dit dankwoord. Het is heel bijzonder om nu even de tijd te kunnen nemen om stil te staan bij iedereen die op zijn of haar eigen manier heeft bijgedragen aan de totstandkoming van dit proefschrift.

Ten eerste wil ik graag alle cliënten en medewerkers van de AFP Drenthe, Lentis en AFP Leeuwarden bedanken voor hun tijd en bereidwilligheid om mee toe doen aan het RACE-onderzoek. Zonder jullie was dit alles theoretisch gebleven.

Minstens net zo belangrijk waren mijn promotores prof. dr. Durk Wiersma en prof. dr. Robert Schoevers en mijn co-promotor dr. Rob van den Brink en hen wil ik dan ook bedanken voor hun betrokkenheid en begeleiding van de afgelopen jaren. Durk, ondanks alle strubbelingen was ons contact altijd prettig en zag je een weg vooruit, dat heb ik zeer gewaardeerd. Robert, jij werd wat later dan de anderen betrokken bij dit onderzoek, maar ook jouw bijdrage was van onschatbare waarde. Ik vond het erg fijn dat je direct doorpakte tot de kern en knopen doorhakte waar het nodig was. Ook voor het regelen van de broodnodige extra financiering, zonder welke dit project niet had kunnen worden afgerond, ben ik je zeer dankbaar. Rob, je schreef het onderzoeksvoorstel en wist ZonMW te overtuigen van de relevantie van dit project. Vele hordes zijn op onze weg gekomen bij de uitvoering ervan, maar het is ons uiteindelijk toch gelukt!

Voor hun hulp bij het mogelijk maken van de uitvoering en hun kritische blik op mijn artikelen in hun rol van co-auteur wil ik ook de hoofden van de deelnemende instellingen bedanken: Titus van Os, Tamara Mulder en Harry Beintema, ook jullie waren essentieel voor het uiteindelijke slagen van dit project. Ook Anne-Marie Schram ben ik in deze dank verschuldigd.

Bij de uitvoering van zo'n groot onderzoek als RACE zijn altijd vele mensen betrokken. Mijn dank gaat speciaal uit naar de verschillende medewerkers en stagiaires: Lianne, Nienke, Fleur, Joerie, Tanja, Esra, Audrey, Frank, Mark, Chris, Sanne, Henk, Agnes, Natalia, Annemie, Corry, Kathi, Vera, Kerstin, Marieke en natuurlijk Aukelien, maar over haar later meer.



Collega's van het RGOc en ICPE waren door de jaren heen op allerlei manieren bij mij en mijn project betrokken. De gezelligheid was vaak groot en daarvoor mijn dank aan: Sietse, Erwin, Samuel, Sjoerd, Jaap, Herman, Marten, Jorn, Liza, Nikolaos, Marij, Arjen, Lynn, Anne-Marie, Charlotte, Martha, Liesbeth, Margo, Gerry, Elske, Huib, Richard, Fokko, Frederike, Bram, Bertus, Jerry, Annaroos, Esther, Nienke, Dennis, Sonja, Anna, Martin, Agna, Jooske, Roelie, Inge, Hans, Tineke, Peter, Martine, Marieke, Piotr, Lian en Henk-Jan.

Ellen, jou wil ik langs deze weg nog even speciaal in het zonnetje zetten. Je had altijd een luisterend oor voor me en wist dingen in het juiste perspectief te plaatsen. Ik vond het erg fijn dat je ook altijd tijd voor me had om met me mee te denken of gewoon voor een kop koffie en een kletspraatje. Ik heb erg veel aan je gehad!

Bij SHARE heb ik vooral contact gehad met Truus, Renate, Robert en Riekje. Ook jullie allen ben ik dank verschuldigd. Jullie waren weinig frequent maar altijd op cruciale punten in het proces betrokken. Mijn dank is dan ook groot!

Dan nog de jongens van Osso: Herman, Wallie, Alex, Harm, Ronald en Jordi. Jullie hadden een plaatsje voor me toen ik er een nodig had. Daarmee maakten jullie het mogelijk dat dit proefschrift er nu ligt. Enorm bedankt!

Omdat afleiding en ontspanning broodnodige onderdelen zijn tijdens zo'n langdurig traject wil ik ook graag mijn partners in crime bedanken. Ten eerste de theemeisjes Marlous, Hanna, Anke en Evelien. Ons clubje is jaren geleden ontstaan toen we aan onze suikerbehoefte voldeden door regelmatig een high tea met vriendinnen te organiseren. Inmiddels is dit vervangen door theatervoorstellingen, sinterklaasoptochten en weekendjes weg, maar het is er niet minder gezellig om geworden. Fijn dat ik altijd met alles bij jullie terecht kan!

Ook de kookclub kan niet ongenoemd blijven: Renate, Gerd, Liza, Jasper en Hermia. Het blijft verwonderlijk hoe zes totaal vreemden zo'n instant klik kunnen hebben en direct goede vrienden kunnen worden, maar

ik kan er alleen maar dankbaar voor zijn. Wat hebben we veel lekkere dingen gegeten en gedronken samen! Dat er soms een misbaksel bij zat verhoogde de hilariteit alleen maar meer. Onze levens zijn op dit moment aan het veranderen, maar ik ben er zeker van dat er nog veel meer gezellige avondjes met goed eten en drinken zullen volgen.

Denise, wie had ooit gedacht toen we samen stage liepen in Maastricht dat we later allebei in de forensische psychiatrie zouden terecht komen? Jij als behandelaar, ik als onderzoeker. Jij bleef in Maastricht en ik ging naar het noorden. Daardoor zien we elkaar minder en dat is jammer, maar als het dan lukt om elkaar te zien is het altijd goed en gaan we haast vanzelfsprekend verder waar we waren gebleven.

Dank aan mijn familie voor jullie betrokkenheid en met name aan mijn ouders die altijd mijn dromen hebben proberen mogelijk te maken en me stimuleerden om toch eigenwijs mijn eigen ding te doen. Zonder jullie had ik hier nooit gestaan.

Dan mijn paranimfen, Anna en Aukelien. Ik heb het al vaker gezegd in dit stuk, maar zonder twijfel was ook jullie bijdrage cruciaal voor het halen van de eindstreep. Ik vind het dan ook geweldig dat jullie dit avontuur samen met mij afsluiten. Aukelien, als mijn second in command, was dit minstens zo veel jouw promotie als de mijne. Bedankt voor het luisteren als ik weer eens even mijn hart moest luchten en voor het blijven zoeken naar manieren om die data toch binnen te krijgen! Anna, de sloten koffie en gezelligheid, je begrip voor hoe het is om in zo een zwaar traject te zitten en je humor hebben me door menig lastig stukje heen geholpen. Bijna twee jaar geleden stonden we hier ook samen. Toen was ik jouw paranimf. Ik vind het fantastisch dat we hier nu weer samen staan!

Jorn, lief, bedankt voor alle liefde, onverstoorbaarheid, ondersteuning en geduld. Dit avontuur is afgelopen. Ik kan niet wachten om aan het volgende te beginnen, dit keer samen met jou!



PUBLICATIONS AND SUBMITTED MANUSCRIPTS

- Troquete, N. A. C., van den Brink, R. H. S., Beintema, H., Mulder, T., van Os, T. W. D. P., Schoevers, R. A., & Wiersma, D. (2013). Risk assessment and shared care planning in out-patient forensic psychiatry: cluster randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 202(5), 365-371.
- Troquete, N. A. C., van den Brink, R. H. S., Beintema, H., Mulder, T., van Os, T. W. D. P., Wiersma, D., & Schoevers, R. A. (2013). Little evidence for the use of structured risk assessment to reduce recidivism in forensic psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 202(6), 468-469.
- Troquete, N. A. C., & van Os, T. W. D. P. (in press). Risk assessment with the START of a personality disordered client treated in out-patient forensic psychiatry. In T. Nicholls & C. Webster (Eds.), *Case vignettes using the Short Term Assessment of Risk and Treatability*. Port Coquitlam, Canada.
- Troquete, N. A. C., Van den Brink, R. H. S., Beintema, H., Mulder, T., Van Os, T. W. D. P., Schoevers, R. A., & Wiersma, D. (in press). Predictive Validity of the Short Term Assessment of Risk and Treatability for Violent Behaviour in Out-patient Forensic Psychiatric Patients. *Psychological Assessment*.
- van den Brink, R. H. S., Troquete, N. A. C., Beintema, H., Mulder, T., van Os, T. W. D. P., Schoevers, R. A., & Wiersma, D. (submitted). Risk Assessment by Client and Case Manager for Shared Decision Making in Outpatient Forensic Psychiatry.
- Troquete, N. A. C., Van den Brink, R. H. S., Beintema, H., Mulder, T., Van Os, T. W. D. P., Schoevers, R. A., & Wiersma, D. (submitted). Effects of risk assessment and shared care planning on forensic out-patient functioning: cluster randomized controlled trial.



CURRICULUM VITAE

Nadine Troquete was born on July 28th 1980 in Maastricht, the Netherlands. She completed her pre-university education (Gymnasium) at the Sint Maartenscollege in Maastricht in 1999. In the same year she started her degree in Psychology at Maastricht University, specialising both in Developmental and Neuropsychology. During her study she tutored several courses in statistics and spend a year at Flinders University in Adelaide Australia to collect data for her master's thesis. The thesis, supervised by Julie Robinson, focused on beliefs about intelligent children. In 2007 she moved to Groningen where she started as a full-time PhD student at the Rob Giel Research center (RGOc) of the University Center for Psychiatry (UCP) of the University Medical Center Groningen (UMCG). She was initially supervised by prof. dr. Wiersma and dr. van den Brink, who were joined by prof. dr. Schoevers after dr. Wiersma's retirement. In her PhD study she investigated the effect of the use of risk assessment instruments and a shared decision making approach of the treatment plan on the occurrence of recidivism in out-patient forensic psychiatric patients and their quality of life. At this time she supervised a dozen students in the writing of their master's thesis and represented the RGOc and UCP in the SHARE PhD council. In this role she represented SHARE in the university wide PhD council and helped organise two symposia, chairing one. More recently she has worked as a psychologist with children with traumatic brain injury. Currently she is looking for a new job in either academia or clinical practice but preferably in an area where the two meet.

